

DE LA
PAROTIDITE
CHRONIQUE SATURNINE

*Læsiones parotidibus sæpissime et
vario modo infliguntur.*

(I.-B. SIEBOLD. — Historia
systematis salivalis physiolo-
gice et pathologicæ, 1797, p. 73.)

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

Le Jeudi 12 Juillet 1888 à 3 heures

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Par

Edmond-Albert VALENCE

Né à Nancy, le 27 juin 1861

MÉDECIN DE 2^e CLASSE DE LA MARINE

NANCY

IMPRIMERIE NOUVELLE, 15, RUE DE SERRE

—
1888

DE LA
PAROTIDITE
CHRONIQUE SATURNINE

*Laesiones parotidibus saepissime et
vario modo infliguntur.*

(I.-B. SIEBOLD. — Historia
systematis salivalis physio-
gicae et pathologicae, 1797, p. 73.)

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

Le Jeudi 12 Juillet 1888 à 3 heures

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Par

Edmond-Albert VALENCE

Né à Nancy, le 27 juin 1861

MÉDECIN DE 2^e CLASSE DE LA MARINE

NANCY
IMPRIMERIE NOUVELLE, 15, RUE DE SERRE

—
1888

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. TOURDES O*.

Doyen honoraire : M. STOLTZ C*.

Professeurs honoraires : MM. STOLTZ C*, V. PARISOT *, HERRGOTT *,
ROUSSEL *, DEMANGE *, BÉCHET.

Médecine légale	M. TOURDES O*, profess.
Thérapeutique.....	M. COZE *, professeur.
Pathologie générale et Pathologie interne....	M. HECHT *, professeur.
Physiologie.. ..	M. BEAUNIS *, profess.
Anatomie et Physiologie pathologiques	M. FELTZ *, professeur.
Clinique interne.....	M. BERNHEIM, profess.
Clinique externe.....	M. GROSS, professeur.
Physique.....	M. CHARPENTIER, prof.
Anatomie descriptive...	M. LALLEMENT, profess.
Hygiène	M. POINCARÉ *, profess.
Médecine opératoire ...	M. CHRÉTIEN, profess.
Clinique externe.....	M. HEYDENREICH, prof.
Pathologie externe.....	M. WEISS, professeur.
Chimie médicale et toxi- cologie.....	M. GARNIER, professeur.
Botanique et Histoire na- turelle médicale.....	M. N..., professeur.
Histologie.....	M. N..., professeur.
Clinique interne.....	M. SPILLMANN, profess.
Clinique obstétricale et accouchements.....	M. A. HERRGOTT, prof. M. E. PARISOT, pr. adj.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. SCHMITT.
ROHMER.
BARABAN.
BAGNERIS.

MM. MACÉ.
GUÉRIN.
NICOLAS.
RENÉ.

MM. VAUTRIN.
SIMON.
REMY.
PARISOT.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, Secrétaire.

Examineurs de la Thèse :

M. BERNHEIM, *président*; MM. HECHT, SCHMITT, SIMON.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A MES PARENTS

A MES MAITRES

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR BERNHEIM

Professeur de clinique médicale
à la Faculté de médecine de Nancy

AVANT-PROPOS

Depuis que, vers la fin du dix-huitième siècle, Stoll et de Haen décrivirent pour la première fois d'une manière complète la colique de plomb, de nombreux travaux ont été publiés sur l'intoxication saturnine ; il suffit de lire les ouvrages de Tanquerel des Planches et de Grisolle pour trouver une description fidèle de la forme chronique de cette intoxication. L'encéphalopathie, les paralysies, les arthralgies, les lésions rénales, etc. attirèrent successivement l'attention des pathologistes ; et l'on aurait pu croire que la liste déjà longue de ces accidents saturnins, devenus classiques, fût définitivement close.

D'après les conseils du Dr P. Parisot, professeur agrégé à la Faculté de médecine, nous avons pris pour sujet de notre thèse inaugurale l'une des manifestations encore peu connue de cette intoxication : la parotidite chronique.

Le travail de M. P. Parisot relatif à cette affection (1) a été le point de départ de nos recherches et nous a servi de guide.

A Cherbourg, nous avons trouvé parmi les ouvriers de l'arsenal maritime plusieurs cas de parotidite. Nos recherches ont porté surtout sur des peintres et sur des chaudronniers qui manient du mastic ou lut renfermant du blanc de céruse et du minium pour les ajustages des tuyaux à vapeur, des tubes des chaudières, etc. Nous aurions désiré pratiquer sur chacun de ces hommes des analyses de salive ; mais les conditions dans lesquelles nous les observions nous ont rendu impossible ce complément d'enquête.

Durant notre dernier séjour à Nancy, nous avons recueilli, dans le service de M. le professeur Spillmann et avec son autorisation, l'observation d'un saturnin que nous avons pu suivre avec soin, et dont nous relatons plus loin l'histoire.

Nous y joignons un cas également concluant que nous a communiqué M. P. Parisot.

Si nos recherches cliniques reposent sur des faits nombreux, il n'en est plus de même pour ce qui est relatif à la part anatomo-pathologique : nous n'avons eu en effet à notre disposition qu'une seule glande parotide que M. P. Parisot avait recueillie à l'autopsie d'un saturnin du service de M. le professeur Spillmann.

Cet examen histologique, bien qu'unique, n'en jette pas moins une vive lumière sur la véritable

(1) P. PARISOT. — Contribution à l'étude de la parotidite chronique saturnine (*Rev. méd. de l'Est*, 1885, p. 449).

nature de l'affection que nous décrivons ; il est le seul, à notre connaissance, qui ait été pratiqué jusqu'à ce jour.

Nous nous sommes aussi adressé à l'expérimentation sur des animaux. Mais cette méthode, étant donné le temps insuffisant dont nous disposions, n'a pu nous fournir des résultats probants.

Observations cliniques, examen anatomo-pathologique, recherches expérimentales, tels sont les éléments avec lesquels nous avons cherché à édifier l'histoire de la parotidite chronique saturnine.

Avant d'entrer dans le cœur de notre sujet, qu'il nous soit permis d'adresser à M. le professeur Bernheim l'expression de notre profonde gratitude pour l'honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de cette thèse.

Nous tenons également à témoigner toute notre reconnaissance à M. le Dr Baraban, professeur agrégé à la Faculté de médecine et à notre ami le Dr Prenant, chef des travaux histologiques, dont les conseils et l'expérience nous ont puissamment aidé dans la partie anatomo-pathologique de notre travail.

CHAPITRE PREMIER

Historique

Aucun des ouvrages traitant du saturnisme chronique n'avait signalé les lésions que le plomb pouvait produire dans la glande parotide. Cependant, parmi les nombreux travaux que nous avons parcourus, il est souvent question des troubles apportés dans les divers appareils de l'économie ; et la majorité des auteurs assurent que tout organe, quel qu'il soit, est atteint dans sa constitution et ses fonctions.

Il y a longtemps déjà on avait constaté la présence du plomb dans la salive, quelques auteurs prétendant même que le liseré saturnin était dû à l'élimination des composés plombiques « par les voies sécrétoires ouvertes à la surface de la muqueuse buccale (1). » Mais personne n'apportait de preuves convaincantes, appuyées sur des expériences.

(1) DELIOUX DE SAVIGNAC. — Des accidents consécutifs à l'application des sels de plomb sur la muqueuse buccale. (*Bull. de Thérap.*, t. LIII, 1857, p. 494.)

L'intoxication chronique par le mercure engendre une parotidite non suppurée (Hallopeau) (1). L'élimination d'un métal par les glandes salivaires devait entraîner non seulement sa recherche, mais faire songer à des modifications que sa présence pouvait amener dans la structure de la glande. Pourquoi le plomb n'y aurait-il pas produit des effets analogues à ceux du mercure ?

Malgré des recherches patientes et nombreuses dans la littérature médicale française et étrangère, nous n'avons trouvé que bien peu de renseignements relatifs à cette détermination spéciale du saturnisme.

En 1854, un Américain, le Dr White, ayant vu apparaître, chez trois dysentériques qu'il traitait avec de l'acétate de plomb, une parotidite gauche non suppurée et d'une consistance se rapprochant « de la dureté de la pierre, pensait (*suggested*) que cela (l'acétate de plomb) pourrait bien être la cause, le plomb, plus que tout autre poison, affectant la sécrétion de la salive, l'arrêtant et desséchant la bouche. (2). »

En 1878, M. Renaut signale incidemment chez les saturnins des douleurs tensives au niveau des parotides ou des sous-maxillaires (3).

M. Comby, après avoir vu avec son collègue,

(1) HALLOPEAU. — *Du mercure* (Th. d'agrég., Paris, 1878).

(2) Minutes of the proceedings of the Buffalo medical association (*Buffalo med. journ.*, vol. X, 1854-1855, p. 405).

(3) J. RENAUT. — Remarques anatomiques et cliniques sur deux points particuliers de l'intoxication saturnine chronique (*Gaz. méd. de Paris*, 1878, p. 384).

M. Ch. Broussin, un développement considérable des parotides chez deux saturnins, fixe son attention sur cette particularité, observe, dit-il, une douzaine de cas, et publie en 1882 l'une de ces observations sous la rubrique d'*hypertrophie simple des parotides* (1).

En 1885, M. P. Parisot décrit, avec quatre observations personnelles à l'appui, non plus sous le nom d'hypertrophie simple, mais sous celui plus exact de *parotidite chronique*, les manifestations parotidiennes du saturnisme, qui vont être l'objet de notre travail.

(1) J. COMBY. — Note sur une hypertrophie simple des glandes parotides observée chez plusieurs saturnins (*France méd.*, août 1882, n° 25).

CHAPITRE II

Présence du plomb dans la glande et dans la salive — Altération de la salive

Tous les auteurs sont d'accord sur l'élimination du plomb par les différents appareils de sécrétion et d'excrétion du corps ; du moment que le métal se trouve dans la sécrétion, il doit se trouver dans l'organe sécréteur. Pour le rein, la chose est reconnue certaine : le plomb se rencontre presque toujours et facilement dans l'urine ; l'appareil rénal contient le métal.

Devergie, Personne, Empis, Robinet, Vulpian, Natalis Guillot, Melsens ont décelé du plomb dans le cerveau ; Heubel en trouve des traces dans le sang ; Wyss de Zurich (1), et Schmidt de Berlin (2), dans les muscles ; Günther, Gurlt, Herturig en ont trouvé dans les cheveux des employés des fabricants de céruse. En somme, le plomb a été trouvé dans

(1) WYSS, de Zurich. — *Virchow's Arch.*, XCII, p. 193, 1883.

(2) SCHMIDT. — *Berlin. Arch.*, t. I, p. 656, 1885. Aachen ueber Vergiftung der Pferde durch Blei.

les os, les reins, le foie, le cerveau et la moelle, les muscles et le sang.

En 1883, Ellenberger et Hofmeister, après avoir donné de l'acétate de plomb à des moutons et recherché le métal dans les divers organes trouvent le métal, par ordre de quantité : 1° dans le foie et les reins ; 2° les glandes salivaires et le pancréas ; 3° les os et le cerveau ; 4° les muscles, le sang, le lait (1).

Ainsi donc les glandes salivaires contiennent du plomb comme les autres organes ; la salive en renferme également. Malheureusement on n'est pas encore arrivé à trouver un procédé certain, indiquant les plus petites traces du métal. « Les méthodes habituellement suivies pour isoler le plomb des matières végétales et animales, et surtout pour le doser, dit M. A. Gauthier (2), ne présentent aucune garantie. C'est parce que ces méthodes sont infidèles que la plupart de ceux qui ont voulu rechercher ce métal doivent de n'être arrivés qu'au doute ou d'avoir adopté la négative, soit que le plomb reste insoluble, soit qu'il soit volatilisé en grande partie et perdu, suivant la voie adoptée par chaque auteur pour l'isoler des substances animales ou végétales. »

Pour Dujardin-Beaumetz (3) la difficulté qu'on a

(1) ELLENBERGER et HOFMEISTER. — Zur physiologischen Wirkung und Deposition der Bleisalze bei Wiederkauern in kgr. Sachsen für das Jahr 1883, S. 2. (*Jahresbericht Virchow und Hirsch*, t. I, 1885, p. 407).

(2) A. GAUTHIER. — *Le cuivre et le plomb dans l'alimentation et l'industrie*, p. 126, Paris, 1883.

(3) DUJARDIN-BEAUMETZ. — Art. plomb. *Dictionnaire de Thérapeutique*, 17^e fascicule, 1888.

à découvrir le plomb dans les excrétions tient à ce qu'il se dégage très lentement des éléments cellulaires. Dans les conclusions de sa thèse, M. Binet (1) dit que le passage du plomb paraît, en général, plus facile dans la salive que dans la sueur, mais les quantités éliminées sont toujours si faibles qu'il ne faudrait pas compter sur ce mode d'élimination en cas d'intoxication.

Quoi qu'il en soit, et malgré la difficulté ou le peu de réussite des procédés, on a cherché le plomb dans l'urine, la bile, la sueur et la salive. Certains auteurs en ont trouvé, d'autres ont vu leurs recherches rester vaines.

Pour beaucoup d'auteurs (Beau, Burton, Greg. et Alex. Smith, Strohl, Lecoq, Falot) le liseré gingival serait dû à une élimination du poison par les glandes buccales et résulterait d'une action de la salive sur la muqueuse de la bouche.

Tanquerel des Planches rechercha avec soin le plomb dans la salive ; il n'a pu découvrir la moindre trace de plomb dans ce liquide (2). Mayençon et Bergeret dans leur recherche du plomb dans les excrétions ne se sont pas occupés de la salive (3). Dumoulin dit que le plomb s'élimine peu par les urines et les autres émonctoires, beaucoup par la peau (4). Pour M. Binet, le métal peut être décelé en

(1) P. BINET. — Thèse de Paris, 1884, p. 89.

(2) TANQUEREL DES PLANCHES. — *Traité des maladies de plomb*, t. I., 1839.

(3) MAYENÇON et Dr BERGERET. — *Lyon médical*, 1873, p. 434.

(4) DUMOULIN. — *Acad. de médecine de Belgique*, 24 octobre 1884.

très faible quantité dans la salive et la sueur des saturnins. Dans une de nos observations (obs. XI) le métal recherché a été trouvé.

Citons les observations suivantes, les seules que nous ayons rencontrées, se rapportant à notre sujet :

Obs. de M. Pouchet (1). Il m'a été permis, à trois reprises, de constater la présence du plomb dans la salive des saturnins à la période de paralysie des extenseurs et de tremblement.

L'injection de chlorhydrate de pilocarpine a provoqué chaque fois la sécrétion d'une quantité de salive variant de 100 à 150 cc. — La quantité de plomb a été dans tous les cas trop faible pour qu'il soit possible de la doser. L'un des malades dont il est question avait abandonné le maniement des composés plombiques depuis trois mois au moins quand l'expérience a été faite.

Obs. de M. Spillmann (2). V..., peintre, âgé de trente ans, entre dans le service de M. le professeur V. Parisot. Premiers accidents saturnins il y a sept ans. Douleurs dans les membres et des coliques vives avec constipation ; liseré saturnin gingival, hébétude, céphalée légère, réponses difficiles.

6 juin : Injection de 0 gr. 02 de chlorhydrate de pilocarpine ; salivation au bout de quatre minutes. On recueille 315 gram. de salive dans laquelle M. Garnier, chef des travaux chimiques, décèle le plomb dans la quantité de 0,00325 pour les 315 gr. de salive.

(1) POUCHET. — *Acad. des sciences*, 1879, t. II, p. 244.

(2) SPILLMANN. — *Arch. gén. de méd.*, 1879, p. 320-321, t. II.

Les coliques ont été calmées par la pilocarpine.

Obs. de M. Binet (1). Collas Jean, émailleur entre le 21 octobre 1881, dans le service de M. Huchard, salle Saint-Augustin, n° 5, hôpital Tenon.

Cet homme travaille dans le plomb comme émailleur depuis cinq ans ; son travail a été régulier et continu. Il manie la céruse et le minium.

Il a fréquemment souffert de coliques saturnines. Cessation de travail depuis six mois. Entre avec accidents nerveux : torpeur intellectuelle, amblyopie, céphalalgie, hémianesthésie droite, polyurie (4 à 5 litres par jour), pas d'albumine ni de sucre. Liseré gingival.

Je pratique un jour deux injections de pilocarpine, chacune de 0,02 ; l'une le matin, l'autre le soir. Le lendemain, troisième injection. Je réunis d'une part les salives recueillies et d'autre part les sueurs.

Salive : Le total est d'un demi-litre. Evaporée à sec après filtration. Calcination du résidu au creuset de platine avec un peu de carbonate de soude et de nitrate de potasse purs. Le résidu est repris par l'acide azotique étendu, filtré, neutralisé. Je recherche le plomb dans la liqueur filtrée, limpide et réduite au vingtième du volume primitif.

Le sulfhydrate d'ammoniaque et le sulfate de soude décèlent des traces de plomb. Rien par les autres réactifs.

Obs. de M. Binet. Hôpital Tenon, salle Saint-Augustin, n° 15, novembre 1881.

Il s'agit d'un homme de cinquante-cinq ans, qui

(1) BINET. — Th. de Paris, 1884, p. 58.

dessoude sur le feu les boîtes de conserves et s'intoxique par les vapeurs plombifères. Il entre à l'hôpital avec des coliques saturnines et un liseré gingival.

Je pratique plusieurs injections de pilocarpine, et comme dans l'expérience précédente je réunis les salives et les sueurs obtenues.

La somme des salives forme un demi-litre ; celles des sueurs 80 centimètres cubes.

Chacun de ces liquides est évaporé à sec en présence d'acide chlorhydrique et de chlorate de potasse. Le résidu est repris par l'eau distillée bouillante, et filtré à chaud, puis neutralisé.

L'acide sulfurique, le sulfhydrate d'ammoniaque décèlent de faibles traces de plomb un peu plus grandes dans la sueur que dans la salive.

La salive contient donc du plomb, probablement à l'état d'albuminate. Mais, pourrait-on nous dire si le plomb trouvé vient de la muqueuse buccale, du liseré gingival et non de la salive ? C'est l'objection qui a été faite pour le mercure par Kuhne ; elle a été abandonnée, à la suite de la constatation par Bernasky de la présence du métal dans la salive extraite directement du canal de Sténon. — La même expérience pourrait se répéter pour le plomb.

Tanquerel des Planches avait fait la remarque qu'il aurait trouvé inévitablement du plomb dans la salive des ouvriers malades s'il les avait pris au milieu de leurs travaux : « la salive et les crachats de ces individus étant mélangés de particules saturnines, qu'on peut quelquefois reconnaître à l'œil nu (1). »

(1) TANQUEREL DES PLANCHES. — *Loc. cit.*

Du reste, toutes les observations citées ont été prises avec soin ; M. Binet faisait rincer et gargariser la bouche de ses malades, se méfiant de l'impregnation buccale ; ils étaient hospitalisés et parmi eux, deux avaient abandonné le maniement des composés plombiques, l'un depuis trois mois, l'autre depuis six mois.

Mais, la salive est-elle autrement altérée dans sa composition ? Le Dr S. Fenwick de Londres (1), dans ses recherches sur la quantité du sulfocyanure de potassium de la salive dans différentes maladies, a trouvé que, dans les cas graves de saturnisme, le sulfocyanure diminuait et même disparaissait complètement ; pour lui, c'est un signe important pour le diagnostic et le pronostic de l'intoxication. D'après lui, ce phénomène s'explique de deux façons : la salive étant très souvent visqueuse et collante, le plomb a une action astringente sur les glandes salivaires ; cependant si l'on augmente la sécrétion par l'application de teinture de pyrêtre sur la langue, le défaut de sulfocyanure persiste. La deuxième hypothèse semble se rapporter à l'action sédative du plomb sur le foie dont la sécrétion est tarie ou diminuée. Le Dr Fenwick semble pencher vers cette dernière hypothèse, et il appuie son dire sur les expériences du Dr Rutherford établissant que, parmi un grand nombre de médicaments, seul l'acétate de plomb a une action dépressive sur le foie. Il ajoute que, dans les affections des glandes salivaires, on doit s'at-

(1) Dr S. FENWICK. — *Med. chir. Transactions*, t. LXV, p. 116, 1832, et *Schmidt's Jahrbücher*, Leipzig, 1883, p. 4.

tendre à une modification dans la sécrétion du sulfocyanure de potassium.

Nous citons l'opinion et les explications du D^r Fenwick sans nous ranger pour cela à son avis. Peut-être la cause de cette disparition du sulfocyanure est-elle due simplement à l'acidité de la salive ? Les expériences de Munk (1878) ont en effet établi que, dans la salive acide, l'acide sulfocyanhydrique se décompose en partie en acide carbonique, ammoniacque et hydrogène sulfuré. Or, chez les saturnins, la salive peut devenir acide : Tanquerel des Planches a observé cinq cas où la salive est trouvée acide, sans cause. Ou bien, le sulfocyanure se décompose-t-il en présence de l'albuminate de plomb pour donner un sel insoluble, le sulfocyanure de plomb ?

Ce sont là des hypothèses que nous émettons ; pour les autres parties constitutives de la salive, nous ne pouvons rien dire, la salive des saturnins n'ayant jamais été complètement analysée, soit qualitativement, soit quantitativement ni comparée à la salive normale.

La densité semble peu changée ; nous l'avons trouvée égale à 1,006 dans un cas. (Obs. X).

Toutes les analyses et expériences ont été faites sur la salive mixte.

CHAPITRE III

Nature de l'affection — Définition

Nous n'avons pas affaire ici, comme le croit M. Comby, à une simple hypertrophie de la parotide ; pour lui, en effet, il s'agit d'une augmentation de volume simple, avec énucléation de la glande, sans réaction inflammatoire à aucun moment (1). Cependant, après avoir constaté ce gonflement et chez des saturnins seulement, il n'essaie pas de l'expliquer, se contente de le constater cliniquement, et se demande même s'il existe bien réellement des rapports entre le saturnisme et l'hypertrophie parotidienne, ou s'il a été victime d'une simple coïncidence.

M. P. Parisot, s'appuyant sur la connaissance des altérations inflammatoires des glandes buccales dues au plomb, sur l'élimination du métal par la salive, voit dans cette manifestation saturnine, non plus une hypertrophie simple des glandes parotides

(1) J. COMBY. — *Loc. cit.*

mais une parotidite chronique probablement interstitielle (1).

Pour nous, d'après ce que l'examen microscopique nous a montré, d'après les caractères et la marche de la maladie, nous ne pouvons que confirmer l'opinion de M. P. Parisot.

Nous avons affaire à une inflammation interstitielle chronique de la glande parotide, portant sur le tissu conjonctif inter-acineux et péricanaliculaire.

La dénomination d'hypertrophie est d'autant moins conforme à la vérité, que chez le saturnin, où nous avons trouvé les signes d'une inflammation interstitielle, la glande ne semblait pas, à l'examen pratiqué durant la vie, présenter une augmentation de volume.

(1) P. PARISOT. — *Loc. cit.*

CHAPITRE IV

Étiologie

La parotidite chronique saturnine s'observe chez des ouvriers travaillant ou maniant les sels de plomb, chez toutes les personnes exposées à absorber ce métal d'une manière continue et prolongée. Il est inutile de citer les nombreuses professions où l'ouvrier est sujet à l'intoxication saturnine et les causes accidentelles d'intoxication lente par le plomb.

Ni l'âge ni le sexe ne sont la cause d'une détermination plus spéciale du plomb sur la parotide.

La cause efficiente est l'absorption du plomb, de quelque façon qu'elle s'opère, car elle entraîne l'élimination par la glande.

Nous nous sommes informé du temps pendant lequel l'ouvrier a travaillé aux sels de plomb (voir le tableau, page 39) la durée minima a été d'un an.

Y a-t-il des causes occasionnelles ? Les coups, les contusions auraient-ils quelque influence sur la production de cet accident saturnin ? Nous ne le

croyons pas, et, dans aucune observation, nous n'avons pu rapporter à un traumatisme le début de la parotidite.

Nous avons recherché s'il y avait eu une affection antérieure de la bouche, de la glande ou des parties voisines. Nous avons trouvé quelquefois des maux de dents, de la fluxion dentaire, de la gingivite; jamais de stomatite ni d'ulcération de la muqueuse buccale, pas d'oreillons ni de phlegmasies circonvoisines de l'oreille ou du conduit auditif.

Quoique, dans nos observations, ces recherches fussent restées vaines, on devra toujours s'informer si la parotide ou un organe voisin ont eu une affection antérieure.

A ce propos, le Dr Favrel, après avoir cité une observation d'orchite saturnine (1885) et avoir reconnu que son malade n'avait rien aux parotides, s'exprime ainsi: « Je ferai remarquer encore une fois que cet homme n'a jamais rien eu du côté des parotides, de sorte qu'on pourrait dire que l'intoxication saturnine s'y prend de différentes manières quand elle veut révéler son existence bruyamment, frappant tantôt les parotides, tantôt les testicules, ou provoquant les coliques ou tout autre accident; et le processus morbide paraissant se porter de préférence, comme chez notre malade, sur un organe déjà affaibli par une maladie antérieure (orchite blennorrhagique légère en 1871), en un mot sur le *locus minoris resistentiæ* (1). »

(1) Dr FAVREL. — Orchite saturnine, *Journ. de méd. et chirurg. pratiq.*, 1886, p. 112.

Faut-il tenir compte des causes déterminantes telles que courant d'air froid sur la joue, influence saisonnière ou climatérique, humidité de l'atmosphère?

L'anémie, existant presque toujours chez les saturnins chroniques, le genre de tempérament, peut-être les maladies de l'appareil digestif et de ses annexes doivent être pris en considération.

Quant au tabac, qu'il soit fumé ou chiqué, nous croyons qu'il n'a aucune influence. La parotidite saturnine peut se rencontrer aussi bien chez des hommes n'usant du tabac sous aucune forme.

CHAPITRE V

Pathogénie

Comme le mercure, le plomb s'élimine par la salive, c'est-à-dire qu'il passe par les organes de sécrétion, par les glandes salivaires. Or, « le plomb, en s'éliminant par une glande, dont ce n'est pas assurément l'attribut physiologique, détermine une irritation lente, en rapport avec la petite quantité de métal expulsée chaque jour. Cette irritation sourde dure aussi longtemps que l'élimination elle-même, c'est-à-dire pendant des mois après que le malade a été soustrait à la cause d'intoxication; aussi est-ce bien à une inflammation lente que nous avons affaire, en un mot à une parotidite chronique (1). »

L'élimination du plomb ne peut se faire sans que le métal, agissant à la longue sur l'organe éliminateur, arrive à en altérer parfois profondément la structure (2).

(1) P. PARISOT. — *Loc. cit.*

(2) J. RENAULT. — Thèse d'agrég., p. 95, Paris, 1875. *De l'intoxication saturnine chronique.*

Outre cette élimination d'un corps étranger par un organe de sécrétion, il faut d'après nous, tenir compte de l'état de nutrition de cette glande et de l'état général. La parotidite apparaît généralement chez des saturnins déjà fortement anémiés.

La cachexie saturnine de Grisolle n'est pour Germain Sée qu'une anémie dégénérative, caractérisée par une altération du sang qui se trouve modifié dans sa constitution par la diminution d'un de ses éléments principaux (1).

Les globules rouges du sang sont modifiés dans leur nombre, leurs formes, leurs qualités physiques et chimiques (Malassez); d'après Béchamp, les globules saturnins sont partiellement incapables de devenir le théâtre des échanges organiques.

Or la sécrétion n'est qu'un phénomène de nutrition (Vulpian) (2).

Suivant M. Feltz, les causes qui peuvent déterminer la cachexie sont de deux sortes: dans une première série de cas, il y a prolifération luxuriante, hypergenèse des éléments histologiques; dans une deuxième série, il y a obstacle à la reproduction de ces mêmes éléments (3). Franc range la cachexie plombique dans cette dernière catégorie: « Sous l'influence d'une absorption lente et continue de la substance toxique, une altération du sang se produit; il y a aglobulie manifeste et des modifications

(1) GERMAIN SÉE. — *Traité du sang et des anémies*, Paris, 1867.

(2) VULPIAN. — Leçons sur la salive (*L'Ecole de médecine*, n° 7), 1874-1875.

(3) V.-T. FELTZ. — Thèse de concours de Strasbourg, 1865. *Des diathèses et des cachexies*.

chimiques évidentes ; enfin une altération progressive de chaque organe (1). »

Buchheim et Clarus ont émis que le plomb est dans le sang à l'état d'albuminate, tenu en dissolution par le chlorure de sodium ; les expériences de Lewald ont confirmé cette opinion : « il y a donc, dit Franc, soustraction directe des éléments qui servent à la formation de tissus, et dans tous les points où ces corps (albuminates de plomb) sont fixés, un obstacle puissant aux mouvements moléculaires qui doivent s'accomplir dans l'intimité des organes (2). »

Il y a donc trouble spécial de la nutrition des éléments anatomiques ; d'une part le ralentissement de la désassimilation et de la déglobulisation du sang, d'autre part l'altération directe des humeurs et des tissus par le plomb, sont les principaux facteurs de ce vice de nutrition. Les éléments anatomiques ne reçoivent plus la quantité d'oxygène nécessaire à leur transformation complète ; « peut-être, ajoute Gaucher, faut-il admettre, de plus, une modification particulière de la substance organisée sous l'influence du plomb (3) ».

Pour Henle, le plomb, après avoir pénétré dans la circulation, va exercer sur les éléments cellulaires des tissus, la même astringence qu'il exerce lorsqu'il est appliqué localement. C'est ce qu'avait déjà dit en partie Ramazzini, quand il donnait le plomb

(1) FRANC. — Thèse de Montpellier, 1874. *De la cachexie saturnine*.

(2) FRANC. — *Loc. cit.*

(3) GAUCHER. — *Revue de médecine*, 1881.

comme asséchant, produisant la sécheresse des glandes et arrêtant la sécrétion des mucus.

La glande parotide est donc, admettrons-nous, soumise à deux influences : l'une dépendant de l'état général qui fait que sa nutrition n'est plus parfaite, l'autre dépendant de l'état local, de la présence du plomb qu'elle est chargée d'éliminer.

Notre théorie, qui attribue la parotidite chronique à la fois à une altération hématogène (théorie de Spillmann et d'Iszenard pour le phlegmon parotidien) et à une irritation lente due à l'élimination constante du plomb (théorie de M. P. Parisot pour la parotidite chronique saturnine), est la seule qui nous semble répondre à l'interprétation des faits.

Nos observations et les travaux précédents s'opposent à ce qu'on puisse rechercher la cause dans une altération primitive du parenchyme glandulaire ou dans une propagation d'une maladie des parties voisines ou des canaux vecteurs de la salive. Jamais nous n'avons vu d'inflammation de la gorge, de catarrhe des conduits salivaires, d'ulcération de la muqueuse buccale ou des gencives (théories de Schützenberger, Hildenbrand, Netter, Crocq pour la parotidite suppurée); parfois nous avons noté une légère gingivite aiguë, mais c'était un incident.

Jamais il n'y a eu rétention de salive par obstruction de l'orifice du canal de Sténon (théories de Piorry, de Jarjavay pour l'hypertrophie parotidienne).

Pas d'adénite, ni d'inflammation du réseau lymphatique antérieures (théories de Duplay, Bouillaud).

Nous ne pourrions donc chercher à appliquer ici la théorie que Piorry et ses élèves Lecorney, Malfilâtre, Langlet ont émise pour la parotidite aiguë.

Peut-être pourrait-on regarder l'une quelconque de ces affections des parties voisines comme cause prédisposante si elle a été antérieure, si elle se répète fréquemment.

La parotidite mercurielle, à laquelle nous nous rapportons toujours par suite de ses analogies avec l'affection qui nous occupe, peut se montrer, d'après Follin et Duplay, avant que la muqueuse buccale soit elle-même le siège de l'inflammation (1).

Iszenard dit que, quel qu'en soit le départ, tout état aigu ou chronique capable de vicier la nutrition de l'organisme peut déterminer l'apparition des parotidites (2).

La parotidite chronique saturnine est donc due à la fois à la dégénérescence de l'organisme par la présence du plomb dans le sang et à l'élimination constante du métal par la glande salivaire ; c'est cette dernière et seule cause pathogénique qu'invoque M. P. Parisot dans son travail.

(1) FOLLIN et DUPLAY. — *Pathologie externe*, t. V., p. 85.

(2) ISZENARD. — *Etude sur les Parotidites*, Thèse de Paris, 1876.

CHAPITRE VI

Recherches expérimentales — Anatomie pathologique

Voici le résumé des observations des expériences faites sur des lapins, avec les résultats donnés par le microscope et comparés avec les glandes normales.

Expériences sur des animaux

1^o Lapin, poids 2 k. 270. — Frotté avec de la pommade à la céruse au cinquième, du 15 avril au 11 mai avec quelques intermittences, et jusqu'au 18 mai avec de la pommade au minium au cinquième. A absorbé, jusqu'au 30 mai, par voie alimentaire, 50 centigr. de céruse et 2 gr. 25 de minium.

A présenté comme accidents : coliques, légère paralysie de la patte gauche antérieure, parésie du train de derrière.

Sacrifié le 13 juin ; amaigrissement considérable, cachexie, 0 k. 610 de perte de poids.

La glande parotide avec son prolongement sous-maxillaire, la glande infraorbitaire sont peu développées, plutôt ratatinées. La parotide est mélangée de nombreux ganglions ; coloration très pâle ; l'examen microscopique ne décèle rien de spécial, sinon un agencement particulier des acinis, qui semblent plus serrés, plus compacts qu'à l'état normal.

2^o Lapin, poids 2 k. 350. — Frotté avec de la pommade au minium au cinquième du 15 avril au 15 mai avec quelques intermittences, et jusqu'au 28 juin absorbe par voie alimentaire 7 gr. 50 de minium.

Accidents : coliques, deux attaques à forme épileptoïde (encéphalopathie saturnine), a maigri beaucoup pendant le premier mois, 0 k. 600 gr. de perte de poids le 10 mai.

Sacrifié le 20 juin; poids, 1 k. 880. — *Examen macroscopique* : pas de liseré, dents altérées au collet; les glandes parotides sont recouvertes par une enveloppe connective qui semble plus épaisse; couleur rosée au lieu de la couleur normale gris-jaunâtre; comme aspect, elle se rapproche de la glande sub-lingale, mais les lobules sont plus marqués, plus visibles et mieux séparés, un peu moins rouges; la parotide et ses prolongements, l'infraorbitaire ont un volume hypernormal.

Dans la parotide, c'est surtout le prolongement sous-maxillaire qui est considérable, arrondi; le pont qui le réunit à la partie sous-auriculaire, au lieu d'être aplati, a pris du relief en largeur et en épaisseur. Si l'on comprime les différentes parties de la glande entre les doigts et qu'on compare avec l'état normal, on les trouve beaucoup plus consistantes, élastiques; les lobules ne s'écrasent pas. La glande infraorbitaire semble sortir de sa loge. Même aspect des deux côtés. Les autres glandes salivaires ne participent pas à cette exagération de développement.

Examen microscopique : on remarque, comme chez le premier lapin, une différence capitale dans l'agencement des acinis, ne se comportant pas comme à l'état normal; les acinis sont pressés les uns contre les autres; cet agencement ressemble à celui des cellules du pancréas. En outre, il n'y a pas d'apparence de noyaux conjonctifs intra-acineux, mais les cellules ont proliféré, certains noyaux sont très rapprochés, semblant pénétrer l'un dans l'autre, mais en faisant varier la mise au point, on reconnaît que, n'étant pas dans le même plan, ils semblent avoir glissé l'un sur l'autre.

En somme, agencement normal des acinis et peut-être prolifération épithéliale.

3^o Lapin, poids 2 k. 350. — Absorbe par les voies alimen-

taires 7 gr. de céruse du 15 avril au 18 mai, et 7 gr. de minium du 23 mai au 28 juin.

N'a présenté comme accidents que des coliques. A maigri surtout dans le premier mois; a perdu 0 k. 420 de son poids.

Sacrifié le 28 juin; poids, 1 k. 920. — *Examen macroscopique* : glandes parotides et infraorbitaires moins développées qu'à l'état normal; couleur gris-jaunâtre, beaucoup plus pâle que normalement; un peu analogues comme texture à des lobules graisseux, mais moins gros et moins jaunes, plus consistants; le pont parotidien n'est composé que de quelques lobules aplatis et réunis par un tissu très lâche. Même état des deux côtés. Pas de liseré.

Examen microscopique : les cellules des acinis sont rétractées; il y a des lacunes formant un vide arrondi entre les masses épithéliales, qui deviennent plus centrales; les éléments sont plus petits, rétractés. Les acinis, isolés les uns des autres, sont devenus plus apparents. On ne voit pas de cellules embryonnaires dans le tissu conjonctif. Celui-ci est plus développé autour des canaux excréteurs, dont les cellules ne semblent pas être anormales.

Nous devons ajouter que, dans la façon d'intoxiquer les animaux mis en expérience, nous nous sommes rapproché le plus possible des conditions dans lesquelles se trouvent les ouvriers observés (intoxication par absorption cutanée et gastro-intestinale). Les lapins ont été nourris de la même façon, ils avaient à peu près le même pelage et ils ont été sacrifiés dans les mêmes circonstances; les pièces à analyser ont été prises aux mêmes points dans les glandes, traitées par les mêmes réactifs et vues sous le même grossissement.

Il résulte de l'examen microscopique que nous n'avons pu constater aucun processus inflammatoire bien net chez les animaux mis en expérience. Peut-

être cela résulte-t-il du peu de temps pendant lequel ils ont été soumis à l'intoxication, du peu de sujets comparatifs mis en expérience, la parotidite n'étant pas une lésion constante.

Si nous n'avons pas été heureux dans les résultats de nos expériences, voici du moins ceux que nous a donnés l'examen microscopique de nombreuses coupes faites sur la glande parotide, recueillie en 1887 par M. P. Parisot à l'autopsie d'un saturnin mort d'une maladie intercurrente dans le service de M. le professeur Spillmann.

Ce saturnin ne présentait aucune apparence de tuméfaction, nous pourrions dire qu'il était atteint de parotidite latente, inaccessible à nos procédés cliniques d'investigation.

Caractères microscopiques. — Autour des canaux excréteurs intra-lobulaires, le tissu conjonctif est augmenté et contient un certain nombre de cellules embryonnaires ou cellules lymphatiques qui n'existent pas dans les endroits où la glande paraît saine. Le tissu conjonctif, avec ses noyaux embryonnaires, s'infiltré entre les acinis, les dissocie, et, à un moment donné, on ne voit plus que des petites cellules embryonnaires entre les parois des acinis, tantôt isolées, tantôt agglomérées ou très proches et disposées en files.

L'épithélium des canaux excréteurs en certains endroits n'est pas net comme s'il y avait un catarrhe, il s'égrène et fait partie de cloisons plus épaisses; le tissu embryonnaire se prolonge de tous les côtés, il y a des nodosités lymphatiques qui, au lieu d'être situées sur un point limité de la périphérie d'un

canal, se diffusent ; elles vont par trainées se répandre entre les divers éléments de la glande au lieu de former uniquement des masses nodulaires. D'autres canaux excréteurs semblent être recourbés, d'autres dilatés et présentent des détritits glandulaires à l'intérieur, l'épithélium est en place et paraît sain.

En résumé : prolifération du tissu conjonctif, siégeant surtout autour des canaux excréteurs intralobulaires, se diffusant en certains endroits, se répandant entre les acinis, qu'il dissocie, et dans les cloisons inter-lobulaires, caractères d'une inflammation interstitielle.

Ces résultats, qui ont été constatés par M. le professeur agrégé Baraban et le M. D^r Prenant, se rapprochent de ceux de M. Renaut : dans ses recherches sur les glandes muqueuses de la joue et des lèvres, il avait trouvé des modifications au niveau des plaques de tatouage : épithélium sécréteur trouble, granuleux ; noyau, devenu globuleux, occupant le milieu de la cellule ; tissu connectif inter-acineux, contenant des amas de cellules embryonnaires, plus nombreux autour des canaux excréteurs à trajet intra-glandulaires. Il en conclut que la glande est atteinte d'inflammation interstitielle primitive avec activité exagérée de l'épithélium sécréteur, la muqueuse circonvoisine n'étant pas altérée (1).

M. P. Parisot, transportant ces notions concernant l'histologie pathologique des glandes buccales aux glandes parotides, avait été amené à voir dans

(1) J. RENAUT. — P. 383-384. *Gaz. méd. de Paris*, 1878.

la manifestation parotidienne une inflammation interstitielle chronique de la glande (1).

Les altérations des glandes séreuses se rapprochent donc de celles des glandes muqueuses.

Caractères macroscopiques. — De peu d'importance : la peau est saine, sans adhérences anormales ; elle glisse facilement sur la parotide augmentée de volume. Le tissu cellulaire sous-cutané semble intact. Pas de gêne dans la circulation cutanée. Parties voisines saines, les ganglions ne participent point à la lésion glandulaire.

La glande, suivant le volume de la tumeur, peut sortir de la loge parotidienne, faire un certain relief sous la peau ; elle est d'une consistance élastique ; sa forme est lobulaire, irrégulièrement arrondie.

(1) P. PARISOT. — *Loc. cit.*

CHAPITRE VII

Symptomatologie

La parotidite saturnine a un début insidieux ; rarement les malades s'aperçoivent de l'existence d'une tuméfaction dans la région parotidienne, à moins qu'on ne leur fasse remarquer ; et déjà, pour un observateur attentif, il faut que la glande ait pris un certain développement ou qu'il y ait une asymétrie marquée dans le visage pour qu'il puisse s'apercevoir, à la simple inspection, de la présence d'un gonflement.

Symptômes fonctionnels. — La parotidite saturnine engendre très peu de troubles fonctionnels. C'est là un fait qui, au point de vue du diagnostic, ne laisse pas d'avoir une certaine valeur.

La douleur spontanée ou provoquée est rare.

M. Renaut, ainsi que nous l'avons dit plus haut, a noté une douleur tensive au niveau des parotides. Quant à nous, nous n'avons rencontré la douleur spontanée que dans deux cas, et elle n'était pas continue. Chez un malade qui fait le sujet d'une

observation de M. P. Parisot, l'exploration déterminait une certaine sensibilité.

La sécrétion salivaire semble être peu modifiée. Il est vrai qu'il est difficile d'avoir des renseignements exacts de la part d'individus ne s'observant pas ou bien faisant usage de tabac sous une forme quelconque.

D'après Tanquerel, la salive ne se trouve point augmentée habituellement (1). Nous avons trouvé des malades disant avoir moins de salive à un moment donné, surtout lors de la mastication, au commencement du repas ; il semblerait alors que la salive fût sécrétée en moindre abondance que dans l'état normal. — D'autres prétendent saliver en plus grande quantité, d'une façon non continue, il est vrai, mais durant plusieurs jours et en dehors des accidents aigus dûs au saturnisme. Tanquerel n'a pas observé un seul exemple de supersécrétion salivaire, salivation ou ptyalisme, à moins de complication, de stomatite, d'angine, etc.

Nous ne parlerons pas des cas de ptyalisme remarqués lors de l'intoxication aiguë par les sels de plomb et cités par Villemin (2) et Letulle (3). Il y a toujours dans ces cas inflammation des muqueuses buccale et gingivale.

« La sécrétion salivaire, dit M. P. Parisot, envisagée au point de vue de la quantité, ne nous four-

(1) TANQUEREL DES PLANCHES. — *Loc. cit.*, t. I, p. 9.

(2) VILLEMIN. — Art. glandes salivaires (*Dict. encyclop. des scien. méd.*, 1878).

(3) MAURICE LETULLE. — Art. salivation (*Nouv. Dict. de méd. et chir. pratiq.*, 1882).

nit aucun renseignement caractéristique; elle ne paraît pas être augmentée (1). »

Ajoutons que les malades ont souvent des sensations gustatives toutes spéciales, styptiques, astringentes, presque toujours sucrées, et qu'on pourrait rapporter à la présence dans la bouche d'une salive anormale.

La lésion parotidienne n'entraîne aucun trouble ni dans l'innervation de la face, ni dans la fonction auditive.

Symptômes physiques. — Tantôt les deux parotides sont atteintes également, tantôt l'une est plus tuméfiée que l'autre, tantôt une seule semble malade, l'autre restant normale. L'une des glandes n'est pas atteinte de préférence à l'autre.

A la simple inspection, comme nous l'avons dit, il est souvent difficile de voir un gonflement. D'autres fois, et surtout quand un côté seul est pris, il y a évidence et on s'aperçoit de suite de l'asymétrie de la face.

Le canal de Stenon a toujours été trouvé libre et sain. Il n'y a aucun trouble de calorification. La peau est saine, ne présente pas de rougeur au niveau de la glande, conserve la coloration générale du visage. On ne voit point de dilatations veineuses, point de rides ni d'adhérences anormales. La joue, l'oreille, toutes les parties voisines sont saines. L'aspect de la physionomie varie suivant le gonflement de la glande et suivant que l'une ou toutes deux sont tuméfiées. Tantôt l'individu a la face d'un malade

(1) P. PARISOT. — *Loc. cit.*

atteint d'oreillons, la tête piriforme ; tantôt la joue semble se continuer, se prolonger sous l'oreille, envahir le cou ; le sillon qui sépare le tragus de la région parotidienne n'existe plus, l'angle du maxillaire inférieur semble porté en arrière et arrondi.

Le gonflement porte généralement sur les deux parotides, mais d'une façon inégale. Le volume est variable : quelquefois la tuméfaction n'est sensible qu'à la palpation ; le plus gros volume que nous ayons constaté est celui de la grosseur d'un œuf de pigeon, ou d'une petite orange. Le sujet de M. Comby semblait avoir les oreillons. « Entre les deux types extrêmes, le lecteur imaginera facilement toute une série intermédiaire de déformations. Le gonflement atteint inégalement les deux glandes parotides ; il peut même ne pas porter sur la totalité de l'organe (1). »

Ainsi, la parotide accessoire semble quelquefois être seule gonflée, débordant le bord antérieur du masseter et empiétant sur le centre de la joue.

Comme l'a fait remarquer M. Michaux (2), les connexions topographiques de la parotide ne permettent pas le développement d'une tumeur en haut à cause de l'articulation temporo-maxillaire et de l'arcade zygomatique. Elle ne peut s'étendre qu'en avant vers la joue, mais principalement en bas et en arrière.

Quand la tuméfaction est assez marquée, ses

(1) P. PARISOT — *Loc. cit.*

(2) P. MICHAUX. — *Contribution à l'étude du carcinome de la parotide*. Thèse de Paris, 1883.

limites sont faciles à établir par la palpation. On sent, à travers la peau, le tissu cellulaire et l'aponévrose, le tissu glandulaire, à consistance ferme, presque élastique, à surface inégale, lobulé assez finement.

La maladie est bien circonscrite, bien limitée ; il n'y a ni gonflement des ganglions voisins, ni empâtement dans le voisinage. La peau glisse facilement sur la parotide.

Souvent on peut saisir la glande ou du moins des parties lobulaires entre les doigts. On a alors une masse de volume variable qu'on peut mobiliser légèrement et qu'on sent retenue par sa face profonde. On constate qu'elle tient, qu'elle adhère et se continue avec la parotide dont elle n'est, en somme, qu'une partie sortie de la loge. Ce genre d'exploration est très facile quand la tuméfaction se fait en bas et en arrière, au delà de l'angle du maxillaire inférieur.

Quand la glande entière est également tuméfiée, que la masse occupe le creux parotidien complet, ou bien que la glande accessoire et que le bord antérieur de la parotide sont tuméfiés, il est un peu plus difficile d'apprécier exactement les limites, surtout si le sujet est gras. Néanmoins, si on palpe du bout des doigts, on parvient toujours, par les changements de consistance, à circonscrire la glande, à trouver qu'il n'y a aucune adhérence anormale avec les parties voisines qui sont dans un état d'intégrité parfaite. Nous n'avons jamais trouvé la parotide débordant en dedans du côté du pharynx ou gênant la déglutition ou la respiration.

Nous ne parlerons pas de l'état général qui accompagne la parotidite chronique : il est bien connu, c'est celui du saturnisme chronique.

Nous croyons utile cependant de dire que le liseré de Burton accompagne presque toujours la parotidite. Dans nos observations, nous avons rencontré un liseré plus ou moins marqué, mais manifeste; quant à la gingivite, elle est plus rare. M. P. Parisot dit toujours avoir rencontré, sauf dans un cas (obs. XIV), la gingivite et le liseré. Dans un cas aussi, nous n'avons pas trouvé de liseré (obs. V), mais il avait existé antérieurement.

Ordinairement, la parotidite saturnine a été précédée d'autres accidents décelant l'intoxication par le plomb tels que coliques, céphalées, arthropathies, névralgies, douleurs musculaires, etc. Comme M. P. Parisot, dans un seul cas, nous l'avons observée comme premier symptôme révélateur de l'intoxication chronique (obs. II et XIV).

CHAPITRE VIII

Début — Marche — Terminaison Fréquence

A quelle époque débute la parotidite saturnine ? C'est là chose difficile à dire car, vu l'absence ordinaire de symptômes subjectifs, le malade n'a pas recours au médecin ou bien se présente à lui lorsque la maladie est déjà ancienne, lorsque la parotide a acquis un volume marqué poussant à la difformité du visage.

De plus, la recherche consciencieuse est pleine de difficultés, les comparaisons à effectuer sont délicates, les glandes variant avec chaque individu.

La parotidite n'est pas forcément précédée par d'autres accidents saturnins et sa production n'est pas dans un rapport direct avec la durée du maniement des sels de plomb.

Nous avons constaté une parotidite légère chez deux ouvriers l'un ayant eu des coliques saturnines et maniant les sels de plomb depuis un an, et l'autre, n'ayant pas eu d'accidents saturnins et peintre depuis vingt-deux ans.

Le tableau ci-contre où les cas sont rangés par ordre d'ancienneté de travail dans le plomb en fournit la meilleure preuve. La parotidite, avec son début obscur, a une marche encore moins nette à préciser. Elle se développe lentement, graduellement sans déterminer la moindre douleur ; elle met des semaines, des mois et des années pour acquérir le volume d'une petite noix.

Y a-t-il une limite à ce développement ? Elle doit exister, puisque malgré l'âge du malade et la durée du travail aux sels de plomb nous n'avons jamais vu la parotide dépasser un certain volume. Dans l'observation XI un peintre observé en 1886 présente deux ans plus tard la même lésion, la parotidite d'un côté n'ayant fait aucun pas ; seulement, la parotide de l'autre côté, qui primitivement avait un volume moindre, avait progressé et surpassait l'autre.

Il est certain que le développement dépend de la présence du plomb dans l'organisme et qu'il peut y avoir des rémissions, soit que le malade change de travail, ou soit moins exposé à l'intoxication, soit que le traitement général contre le saturnisme intervienne.

La durée semble indéterminée, étant donné que nous avons affaire à une maladie chronique. Nous n'avons pu suivre nos malades et savoir ce qu'il advenait au bout d'un certain temps de la parotidite. En tous cas, après avoir examiné de vieux ouvriers saturnins, nous ne pensons pas que la glande puisse, sous l'action irritante et continue du plomb, après avoir passé par la période d'hypertrophie scléreuse, arriver à l'atrophie comme l'ont observé Kussmaul

PROFESSIONS.	AGE.	DURÉE	ACCIDENTS	LISÉRÉ.	PAROTIDITE.	
		du	du			au
		MANIEMENT DES SELS DE PLOMB				
1. Peintre.	49 ans	36 ans	Paralysie, coliques.	Existe.	Ob. XII, PARISOT.	
2. Chaudronnier.	48 —	30 —	Coliques.	Id.		
3. Id.	49 —	29 —	Coliq. et douleurs muscul.	Id.		
4. Id.	46 —	25 —	Id. et dyspepsie.	Pas.		
5. Peintre.	45 —	25 —	Id. doul. muscul. et art.	Existe.	Ob. XVI, COMBY.	
6. Id.	35 —	22 —	Nuls.	Léger.	Légère à droite.	
7. Chaudronnier.	36 —	22 —	Col., d. muscul. et art., par.	Existe.	Ob. III, personn.	
8. Id.	48 —	21 —	Coliques.	Léger.		
9. Peintre.	56 —	21 —	Nuls.	Id.		
10. Chaudronnier.	50 —	20 —	Coliq., doul. musculaires.	Existe.	Ob. I, personnelle.	
11. Id.	37 —	20 —	Id. gingivites.	Id.	Ob. VIII, personn.	
12. Peintre.	31 —	20 —	Id. douleurs muscul.	Id.		
13. Chaudronnier, cont ^e -maître	50 —	20 —	Id.	Pas.		
14. Peintre.	33 —	18 —	Id.	Existe.	Ob. XIII, PARISOT.	
15. Id.	32 —	17 —	Nuls.	Léger.		
16. Chaudronnier.	40 —	16 —	Coliq.	Pas.		
17. Peintre.	28 —	15 —	Id.	Pas.		
18. Id.	27 —	13 —	Id.	Existe.	Ob. XV, PARISOT.	
19. Chaudronnier.	29 —	12 —	Id. arthralgie.	Léger.	Ob. IX, personn.	
20. Id.	36 —	11 —	Douleurs musculaires.	Id.		
21. Peintre.	22 —	11 —	Nuls.	Id.		
22. Chaudronnier.	32 —	10 —	Coliques.	Existe.	Ob. IV, personn.	
23. Peintre.	37 —	10 —	Nuls.	Léger.		
24. Chaudronnier.	47 —	10 —	Id.	Id.		
25. Peintre.	22 —	9 —	Coliques.	Léger.	Légère double.	
26. Id.	39 —	9 —	Id.	Id.		
27. Id.	28 —	9 —	Nuls.	Id.		
28. Id.	49 —	8 1/2	Coliques.	Existe.	Ob. XI, PARISOT.	
29. Id.	24 —	8 —	Id.	Léger.		
30. Id.	24 —	7 —	Nuls.	Pas.	Ob. XIV, PARISOT.	
31. Id.	26 —	6 —	Coliques.	Existe.	Ob. X, personn.	
32. Chaudronnier.	31 —	5 —	Id. doul. muscul.	Pas.	Ob. V, personn.	
33. Id.	20 —	5 —	Nuls.	Id.	Légère à gauche.	
34. Peintre.	25 —	5 —	Id.	Id.	Légère à droite.	
35. Id.	29 —	4 —	Coliques.	Id.		
36. Ponceur.	32 —	4 —	Id.	Id.		
37. Chaudronnier.	31 —	4 —	Id.	Id.		
38. Jointilleur.	29 —	4 —	Id. paralysie.	Existe.	Ob. VI, personn.	
39. Peintre.	34 —	3 1/2	Nuls.	Id.	Ob. II, personn.	
40. Chaudronnier	27 —	3 —	Douleurs musculaires.	Léger.		
41. Id.	28 —	3 —	Coliques.	Léger.		
42. Id.	32 —	2 —	Id. gingivite.	Existe.	Ob. VII, personn.	
43. Id.	33 —	2 —	Nuls.	Id.		
44. Id.	30 —	2 —	Coliques.	Pas.		
45. Ponceur.	37 —	1 —	Id.	Id.	Légère double.	
46. Id.	29 —	1/2	Col. atrop. du foie, trembl ^{ts}	Id.		

et Meyer pour les glandules gastriques et les organes lymphoïdes des saturnins chroniques.

« Nous ne pouvons pas indiquer, dit M. P. Parisot, la fréquence relative de cette complication (la parotidite), nos observations ne sont pas assez nombreuses pour nous permettre d'estimer ce rapport. Contentons-nous de constater que la parotidite chronique ne se rencontre pas chez tous les vieux saturnins, car nous avons eu l'occasion, tant à la consultation de l'hôpital civil que dans le service de M. V. Parisot, d'observer six cas d'intoxication saturnine dans lesquels la manifestation qui nous occupe faisait défaut (1). »

Dans différents services de l'hôpital Lariboisière, M. Comby a rencontré un grand nombre de vieux saturnins atteints d'hypertrophie symétrique des parotides ; outre ces observations que nous citons (obs. XVI, XVII et XVIII), il dit avoir vu douze cas semblables (2).

Voici ce que nous avons observé : sur vingt et un ouvriers des chaudières à vapeur atteints d'accidents saturnins divers, neuf étaient atteints de parotidites (huit observations citées). D'après nos remarques, ces ouvriers n'observent à peu près aucun soin hygiénique, ce qui fait que les accidents saturnins se montrent relativement plus fréquents chez eux que chez les peintres, du moins à l'arsenal de Cherbourg.

Sur quinze peintres saturnins, cinq étaient atteints de parotidites (deux observations citées).

(1) P. PARISOT. — *Loc. cit.*

(2) J. COMBY. — *Loc. cit.*

Sur quatre ouvriers journaliers employés au travail de ponçage et ayant eu des accidents saturnins, un cas.

En résumé et d'après nos observations sur quarante saturnins examinés, nous trouvons quinze cas de parotidite, c'est-à-dire trente-sept et demi pour cent.

Cette manifestation semble donc assez fréquente, et si on ne l'a pas citée jusqu'ici, c'est qu'on ne l'a pas cherchée.

CHAPITRE IX

Diagnostic

Le diagnostic de cette affection est généralement facile. Les antécédents morbides du malade, sa profession, l'existence du liseré plombique, facilitent beaucoup le diagnostic. On est en présence d'une tumeur développée dans la région parotidienne, unique ou symétrique, indolore ; la peau a conservé sa coloration et sa souplesse normales, elle est mobile, sans adhérences profondes ; les parties voisines sont saines, pas de ganglions engorgés. L'état général se ressent plus ou moins de l'intoxication saturnine chronique ; le développement est tellement lent, les phénomènes subjectifs de si peu d'importance que, presque dans tous les cas, le malade ne s'aperçoit même pas de la difformité de son visage.

Néanmoins, nous avons cru utile de citer, avec quelques-uns de leurs caractères, les différents cas qui pourraient se présenter dans cette région et susciter un embarras, léger il est vrai et de peu de durée, dans le diagnostic différentiel d'une tumeur dans la région parotidienne.

Dans le catarrhe du canal de Sténon il se fait une rétention salivaire du côté de la parotide. On observe, surtout après les repas, un gonflement de la région parotidienne; dans ce cas, on trouve l'orifice du canal tuméfié ou ulcéré, la salive est mélangée de pus ou d'exsudats fibrino-purulents; le gonflement apparaît et disparaît rapidement. Il suffit d'examiner l'orifice du canal pour ne pas tomber dans l'erreur de Stiller (1).

Du côté de la peau, rien à signaler; disons seulement que le sillon qui se perd inférieurement au-dessous de la mâchoire et qui se continue supérieurement avec la rainure mastoïdo-auriculaire, peut être remplacé, chez les individus chargés d'embonpoint, par une surface convexe dans toute son étendue, causée par des amas de tissu cellulo-adipeux. On devra donc faire attention à cette particularité. La parotidite se développe généralement plus bas et plus en arrière, à moins que la parotide accessoire soit plutôt atteinte. Au toucher, la consistance est différente, les lobules graisseux sont beaucoup plus mous, moins limitables. Du reste, les saturnins ne brillent ordinairement pas par leur embonpoint et presque toujours on aura affaire avec des gens au visage plus ou moins émacié par le genre de travail et de vie.

Il est une classe de tumeurs de la région parotidienne que nous laisserons de côté, leur diagnostic étant en général facile: ce sont les tumeurs d'ori-

(1) H. CHRÉTIEN. — Art. Parotide. *Dictionnaire encyclop. des scien. méd.*, 1885.

gine inflammatoire. Leur marche rapide, franchement aiguë, la rougeur de la peau, l'élévation de la température locale et générale, les symptômes gastriques, l'état général, servent à les distinguer dans la plupart des cas (phlegmons diffus du tissu cellulaire, parotidites infectieuses, oreillons, adénites aiguës).

Les tumeurs non inflammatoires superficielles ne sont guère plus difficiles à reconnaître que les tumeurs inflammatoires : les engorgements des ganglions superficiels dont la mobilité est absolue, que l'on fait facilement rouler sous la peau et dont on reconnaît facilement l'origine si l'on a soin d'examiner avec attention les parois voisines qui présentent toujours une lésion plus ou moins importante (1).

J'écarte, et sans m'y arrêter, les kystes salivaires, mous et fluctuants, non lobulés, arrondis et s'accroissant après la mastication ; les kystes sanguins, hydatiques, dentifères, séreux, huileux.

L'angiome est congénital, réductible en partie ou totalement, augmentant de volume par les cris.

L'adénite chronique nous arrêtera, car elle présente des symptômes beaucoup moins nets, surtout quand elle intéresse les ganglions profonds de la glande. Ceux-ci pourraient en effet refouler la glande en dehors ; par la palpation on ne sentirait que les globules glandulaires, la consistance serait celle de la parotide. Aussi, dans les commémoratifs,

(1) JEAN. — Thèse de Paris, 1873. *Des tumeurs de la région parotidienne.*

on pourra trouver le début par une forme aiguë, avec apparition assez rapide de la tuméfaction.

Mais, ce processus aigu pourrait être confondu par le malade avec une gingivite aiguë, une stomatite, une pharyngite, etc. On devra alors rechercher la coexistence d'adénites chroniques dans la région cervicale ; voir s'il y a des cicatrices indiquant l'ouverture antérieure d'abcès ganglionnaires ou des poussées inflammatoires ; car, dans presque toutes les affections des ganglions intraparotidiens, qu'elles tiennent à une hypertrophie simple, à une dégénérescence fibro-plastique ou à l'état général (scrofule, tuberculose, cancer), il y a suppuration ; à part dans l'adénie de Trousseau où, par contre, on observe des accidents de compression des organes voisins. Dans la parotidite chronique saturnine ni suppuration, ni accidents de compression, jamais de période aiguë, jamais de période douloureuse.

Le lipome se distingue par sa forme arrondie et sans bosselure, par sa mollesse et sa fausse fluctuation. Le diagnostic serait assez facile, d'après Plan-teau (1) : « Si on fait un pli à la peau et qu'on la tire pour l'éloigner de la tumeur, on voit se former de petites dépressions dont la peau sera comme criblée s'il s'agit d'un lipome. Rien d'analogue n'aura lieu s'il s'agit d'une tumeur hypertrophique. » La parotidite saturnine est finement bosselée et lobulée, élastique et résistante à la pression légère.

L'enchondrome est plus ferme, sa surface presque

(1) PLANTEAU. — Thèse de Paris, 1876.

toujours arrondie et lisse, mais quelquefois lobulée grossièrement; de plus, il est mobile.

Comme la parotidite chronique, l'adénome a une consistance uniforme, une surface finement lobulée, une certaine fermeté à la pression; la peau est mobile, aucun retentissement ganglionnaire, mais ses limites sont diffuses.

Le fibrome, le sarcome, la tumeur butyreuse (Richet), le lymphadénome, au début, sont durs et résistants. Le mixome est mou avec fausse fluctuation.

Quant aux hypertrophies parotidiennes de Bauchet (1), générales ou partielles, profondes ou superficielles, ce sont des tumeurs mixtes, de consistance variable, sans ulcérations ni fistules, sans engorgement ganglionnaire, à surface plus ou moins bosselée, mais mobiles et séparées par une capsule des parties voisines; on peut les isoler de la glande; la parotidite chronique n'a ni cette capsule limitante, ni cette mobilité; de plus sa consistance, qui est celle de la glande, diffère presque toujours de celle des tumeurs mixtes.

Dans les tumeurs hypertrophiques de la parotidite signalées par O. Weber (2) et par Planteau (3), les symptômes sont les mêmes que ceux de la parotidite chronique, mais il y a inégalité de consistance en différents points et plus tard la peau

(1) BAUCHET. — Hypertrophie de la parotidé. — *Mémoires de la société de chir. de Paris*, t. V, p. 289, 1856.

(2) O. WEBER. — *Journal de Pilha et Billroth*, t. V.

(3) PLANTEAU. — *Loc. cit.*

devient lisse, luisante, s'ulcère et il y a écoulement de matières caséuses et de pus.

La glande parotide, comme les autres glandes, peut avoir un volume anormal sans contenir d'éléments pathologiques (Branlat) (1). C'est l'exubérance de la parotide de Boyer, dont Ténon a donné la seule observation et Vidal de Cassis une description incomplète. C'est une tumeur pâteuse et diffuse, se montrant surtout chez les enfants; cette hypertrophie parotidienne est du reste très rare (Richet). Quant aux parotidites qu'on peut rencontrer chez les gens qui manient ou absorbent du mercure, chez les goutteux, chez les syphilitiques, les commémoratifs mettent sur la voie du diagnostic; du reste, dans les deux dernières maladies, elles sont rares.

Sous l'influence du tabac, dit-on, les parotides augmenteraient de volume; nous n'avons pu trouver une observation de parotidite due au tabac dans la littérature médicale; jamais nous n'en avons rencontré; s'il existe, c'est un accident rare dû au tabagisme; en tous cas, la parotide, paraît-il, n'atteint jamais les proportions qu'elle peut avoir dans le saturnisme.

Quant aux tumeurs malignes de la région parotidienne, nous n'avons qu'à nous en rapporter à Vidal de Cassis (2). Lorsque, chez un sujet ayant atteint généralement la fin de l'âge mûr ou le commence-

(1) BRANLAT. — Thèse de Paris, 1874. *Histoire des tumeurs parotidiennes*.

(2) VIDAL DE CASSIS. — *Pathologie externe*, 1861.

ment de la vieillesse, on se trouve en présence d'une tumeur dont le début remonte à une année ou deux, cinq ou six au plus, tumeur plus ou moins dure et résistante, inégale et bosselée, rétractée ou saillante, toujours fixe, adhérente aux parties profondes, immobile dès les premiers temps, se continuant sans ligne de démarcation bien appréciable avec tous les tissus avoisinants, ayant plus ou moins envahi la peau et les ganglions voisins; si, de plus, cette tumeur s'est accrue rapidement, si son développement s'est accompagné de troubles nerveux: paralysie faciale, douleurs plus ou moins vives, surdité variable; si cette tumeur tend à s'ulcérer, si cette ulcération donne lieu à des hémorrhagies et provoque même une véritable cachexie; si, enfin, la tumeur s'est propagée vers le cou, vers le lobule de l'oreille, en le dédoublant, pour ainsi dire, dans ce cas le diagnostic de tumeur maligne de la parotide ne peut guère faire de doute.

Après cette citation, nous croyons inutile de signaler les caractères particuliers de l'épithélioma, du squirrhe et de l'encéphaloïde de la parotide. Le cancer de la glande, même au début, se différencie donc aisément de la parotidite chronique saturnine.

L'anévrysme se distinguera facilement par ses bruits de souffle, ses battements et l'influence exercée par la compression du tronc carotidien.

Les néoplasmes du maxillaire inférieur faisant saillie du côté de la glande, situés sur la branche montante, font corps avec le maxillaire et en suivent les mouvements qui sont gênés.

CHAPITRE X

Pronostic

Le principal inconvénient de pareilles tumeurs réside surtout dans la difformité qu'elles déterminent : tel le malade observé par M. Comby (obs. XVI), avec une double parotidite simulant les oreillons. Cependant nous croyons qu'elles n'atteignent jamais un volume exagéré pouvant entraver une fonction quelconque : l'ouïe n'a jamais été altérée, pas de gêne de la mastication ou de la déglutition, la parotidite chronique ne se développant pas vers le pharynx comme certaines tumeurs parotidiennes ou même le phlegmon parotidien ; pas de compression du facial ou des vaisseaux, pas d'engorgement ganglionnaire.

Maladie chronique et indolore, en tant que phénomène localisé, elle semble être une des conséquences les moins redoutables de l'intoxication chronique par le plomb.

Elle marque un degré déjà suffisant de cachexie saturnine, et, par suite, le médecin devra surveiller

l'état général et chercher à éviter des accidents plus graves.

En somme, on peut dire que le pronostic de cette affection est dépourvu de toute gravité en tant que maladie locale; d'autant plus que nous n'avons jamais observé de complication.

Il ne faudrait pas s'alarmer si, dans le courant de l'affection, on voit sortir du pus par le canal de Sténon; ce serait là un simple catarrhe du conduit pouvant sans doute ne pas se propager jusqu'au parenchyme sécréteur.

Ce fait a été constaté dans la parotidite chronique mercurielle, et, comme nous admettons une certaine analogie, l'incident pourrait se montrer dans la parotidite chronique saturnine.

Dührssen a, en effet, observé une parotidite chronique mercurielle gauche qui, d'insensible, devint douloureuse et s'accrut rapidement; la pression de la glande faisait sortir par le canal de Sténon de la salive mélangée de pus. Le malade fut guéri en dix jours de cette suppuration du canal de Sténon par des frictions locales de pommade iodurée, par des gargarismes au borax et de l'iodure de potassium à l'intérieur (1).

Si une maladie infectieuse vient se greffer à une parotidite chronique saturnine, celle-ci, par sa qualité de *locus minoris resistentiæ*, pourra devenir le siège d'une inflammation aiguë et donner lieu à un phlegmon parotidien.

(1) ALFRED DÜHRSEN. — *Ueber chronische Parotidis mitonsecutiver Speichelgeschwulst* (Inaugural Dissertation, Berlin, 9 fév. 1884).

L'observation suivante, prise dans le mémoire sur les oreillons du Dr Jacob, pourrait nous servir d'appui à ce sujet :

« Nous avons pu voir, à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Brouardel, un vieillard entré pour une parotidite qui fut suivie de suppuration. Or, à n'envisager que la tumeur, on aurait pu s'y méprendre. Mais l'examen du malade fit voir qu'il y avait chez lui les signes d'une pneumonie en voie de résolution au sommet gauche. En outre, on avait affaire à un saturnin de vieille date, car cet homme portait sur sa physionomie l'empreinte de la cachexie saturnine, et il lui restait encore un certain degré de parésie dans les muscles de l'avant-bras (1). »

Le Dr Iszenard, après avoir cité cette observation, pense que cette inflammation parotidienne est due à une triple cause : l'âge, la maladie aiguë et sa forme particulière, la cachexie saturnine (2).

Ce vieillard saturnin pouvait très bien avoir une parotidite chronique saturnine qui n'avait pas été remarquée, laquelle, sous l'influence d'une maladie infectieuse, donna lieu à une parotidite avec suppuration.

Il y a un certain nombre d'autres considérations auxquelles on pourrait s'arrêter :

Peut-il y avoir résolution ? D'après le caractère de la maladie et les troubles anatomiques, c'est là chose impossible.

(1) Dr JACOB. — Les oreillons au point de vue épidémiologique et clinique (*Mém. de méd., de chir. et de pharm. milit.*, 3^e série, t. XXXI, p. 560, 1875.)

(2) Dr ISZENARD. — *Loc. cit.*

L'affection résiste-t-elle à tout traitement? Nous n'avons jamais suivi assez longtemps une parotidite saturnine pour pouvoir assurer qu'un traitement spécial amène un amendement ou une guérison complète.

Y a-t-il retentissement sur les parties voisines et sur l'état général? Dans les différentes maladies gastro-intestinales qu'on voit survenir chez les saturnins, peut-être devrait-on tenir compte des changements survenus dans la composition de la salive. Nos recherches n'ayant pas porté de ce côté, c'est une simple hypothèse que nous émettons.

Quant à l'action de la parotidite sur les organes voisins, elle est nulle d'après les faits observés jusqu'à ce jour.

En résumé, pronostic bénin, affection entraînant tout au plus une déformation du visage et dans le cas de maladie aiguë intercurrente, possibilité d'une complication parotidienne.

CHAPITRE XI

Traitement

Nous avons peu de chose à dire sur le traitement : Le traitement général du saturnisme chronique s'applique à la parotidite comme à tous les autres accidents qui se présentent dans le cours de l'intoxication. L'iodure de potassium ou de sodium ne fait qu'accélérer l'élimination du métal par la glande parotide : il suffit de citer l'apparition du liseré, qu'on appelle secondaire et indirect, chez des saturnins soumis au traitement ioduré et qui n'avaient jamais présenté de liseré (Franck Smith, Hilton Fagge) (1).

Leyden et Demme auraient prescrit avec succès la pilocarpine dans plusieurs cas de parotidite aiguë (2), celle-ci, il est vrai, n'ayant aucun rapport avec l'intoxication par le plomb.

Il est certain que tous les médicaments qui favori-

(1) *The Lancet*. — 1869, p. 747. — 1876, p. 709.

(2) SPILLMANN. — *Loc. cit.*

seront l'élimination du métal même par la salive, pourront être avantageusement employés au traitement général. Il nous a semblé avoir retiré un certain bénéfice de l'emploi de la pilocarpine. Dans l'observation X, après avoir injecté 0,02 de chlorhydrate de pilocarpine, le malade prétendait qu'il se sentait mieux, que le goût sucré qu'il ressentait constamment dans la bouche avait disparu et que son appétit avait augmenté.

A. Robin recommande le Jaborandi et son alcaloïde, la pilocarpine, dans l'intoxication chronique par le plomb; d'après ses observations, la sudation et la salivation ont toujours été chez les saturnins d'une incroyable intensité (1).

D'après Gubler, le Jaborandi est susceptible d'amener une détente dans les accidents plombiques.

Quoi qu'il en soit, en raison de ses effets déprimants, le Jaborandi est contre-indiqué chez les saturnins cachectiques (A. Robin, Dujardin-Beaumetz) (2); chez ceux-ci l'iodure de potassium est préférable.

(1) A. ROBIN. — Études physiologiques et thérapeutiques sur le Jaborandi (*Jour. de thérap.*, 1874).

(2) DUJARDIN-BEAUMETZ. — Art. Jaborandi (*Dict. de thérap.*, 1887).

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Personnelle

Janvier 1888. — Leclair Jean, cinquante ans, travaille à la chaudronnerie (atelier des chaudières à vapeur, arsenal de Cherbourg) depuis vingt ans, manie surtout le minium depuis quatre ans (mastic et peinture).

A eu une première fois des coliques en avril 1887 avec constipation, douleurs dans les membres ; a été à l'hôpital maritime du 18 au 30 juin 1887 pour intoxication saturnine. Père de trois enfants bien portants.

D'après la feuille de clinique, il aurait eu le 4 juin 1887 de violentes coliques qui ont persisté huit jours avec constipation opiniâtre ; le 18 juin, il ressent une grande fatigue dans les membres inférieurs avec des douleurs passagères dans les articulations ; les coliques ont disparu ; liseré de Burton marqué surtout au maxillaire supérieur.

Traitement ioduré et bains sulfureux.

Sort le 30 juin avec deux jours de repos.

Homme solide, quoique anémié ; dents mauvaises, gencives déchiquetées, blanchâtres ; pas de liseré ; chique, mais ne fume pas.

Manque de salive, dit-il, au commencement du repas et est obligé de boire pour parfaire la mastication ; et, quand il mange, il entend et perçoit des craquements devant l'oreille.

Présente un développement apparent et assez fort des deux

joues, surtout à gauche ; n'a jamais eu de douleurs à ce niveau. Le canal de Stenon est libre.

Par la palpation, on sent très bien la glande déborder le bord antérieur du masséter ; au niveau de l'angle du maxillaire on peut saisir entre trois doigts à droite (noix), entre cinq doigts à gauche (œuf de pigeon) la glande dure, lobulée régulièrement, indolore. Toute la partie comprise entre le tragus et le bord postérieur du masseter est occupée par la glande qui saillit et dont on sent très bien les bosselures. A gauche, elle dépasse de beaucoup le bord inférieur du maxillaire, se plaçant sous le lobule de l'oreille et descendant vers le sterno-mastoïdien.

Les mesures prises de l'espace interdentaire des deux premières incisives supérieures, horizontalement au niveau de la lèvre supérieure, et allant jusqu'à la limite postérieure de la glande donne un centimètre sept mill. de différence en plus pour le côté gauche.

OBSERVATION II

Personnelle

10 janvier 1888. — Jourdan, Constant, âgé de trente-quatre ans, est employé depuis trois ans et demi dans l'atelier de peinture (arsenal de Cherbourg).

Antérieurement cultivateur, puis, pendant dix-huit mois, employé à l'empilage (maniement de couleurs et de mastic au minium). Actuellement il délivre la peinture en poudre.

N'a jamais eu aucun accident saturnin ; sinon quelques gingivites aiguës, surtout, dit-il, quand il a délivré du minium et ce jour-là, il a du ptyalisme avec goût sucré dans la bouche. Pas de syphilis.

Après son repas fume la pipe (quatre à cinq par jour environ) ; chique à l'atelier d'une façon constante.

Anémie ; face complètement rasée, très pâle. Ses gencives, surtout au maxillaire supérieur sont gonflées, mais indolores. Liseré.

A la simple inspection, présente une asymétrie du visage

dont il ne se doutait pas. Ses camarades d'atelier s'en aperçoivent à mon observation.

La joue droite semble pleine, de niveau avec la pommette, et diffère de la joue gauche qui est creusée. Le sillon auriculo-génial a disparu et le gonflement se prolonge surtout en-dessous du lobule de l'oreille et derrière la branche montante du maxillaire inférieur la débordant d'environ deux doigts d'épaisseur, tandis qu'à droite il n'y a qu'un doigt. Devant le masseter, gonflement tendant la joue.

A la palpation on sent, en avant du masseter, un tissu grossièrement granulé sous la peau, dur, résistant au doigt; le masseter n'était pas contracté. En arrière de ce muscle, on saisit la glande en partie mobile.

Aucune douleur à la palpation. En faisant tourner la tête du côté opposé, le gonflement persiste.

Peau saine. Canal de Sténon libre.

Les mesures prises en menant une ligne horizontale partant de l'espace interdentaire des deux premières incisives supérieures et s'arrêtant aux limites postérieures de la tumeur donnent une différence de trois mill. environ en plus pour le côté droit; et une ligne partant du point saillant de la pommette et se dirigeant vers l'angle du maxillaire inférieur donne un centimètre en plus pour le côté droit.

OBSERVATION III

Personnelle

Janvier 1888. — Lefèvre, Pierre, âgé de trente-six ans.

Travaille à la chaudronnerie, atelier des chaudières à vapeur (arsenal de Cherbourg), depuis l'âge de quatorze ans, mais a dû faire son service comme ouvrier chauffeur dans la marine pendant quatre ans.

A vu survenir il y a cinq ans seulement des effets d'intoxication (coliques, céphalée, anorexie, douleurs articulaires et musculaires prédominant dans les jambes). — A fait plusieurs séjours à l'hôpital maritime de Cherbourg.

Les feuilles de clinique consultées me donnent :

1° Entré le 11 mars 1885 pour coliques saturnines, en trai-

tement chez lui depuis quelques jours. T. 37°7; liseré, constipation, tremblement des extrémités supérieures, pas de paralysie. — Ethylisme chronique.

Sort guéri le 17 mars. (Traitement : huile de ricin, iodure de potassium, extrait de quinquina, miel au soufre.)

2° Entré le 19 septembre 1885 pour saturnisme, malade depuis six mois avec des rémissions.

Sort le 1^{er} décembre 1885, après traitement : iodure de potassium, toniques, bains sulfureux.

3° Entré le 29 juillet 1887 pour intoxication saturnine, malade depuis un mois, mais n'ayant pas eu d'accident depuis sa dernière entrée, — liseré très marqué, tremblement des membres supérieurs, paralysie des extenseurs des avant-bras, surtout à gauche et particulièrement du pouce et de l'index, coliques fréquentes, constipation opiniâtre, pas de fièvre. Traitement : régime lacté, peptones, lavements purgatifs, douche locale sulfureuse, faradisation des muscles de l'avant-bras.

Reparaissent le 4 août les mouvements de pronation, le 23 août ceux d'extension des poignets.

Le 9 septembre, application de courants continus (Chardin) avec bains sulfureux. — Le 27 septembre, les mouvements d'extension des doigts ont reparu.

Exeat relativement guéri le 16 octobre 1887, avec avis de changer d'atelier. — L'ouvrier passe des chaudières de cuivre à celles en fer.

Actuellement très anémié, teinte jaunâtre spéciale du visage, les yeux ont perdu toute vivacité; tremblement du corps plus marqué aux membres; voûté. Liseré bien marqué, haleine fétide, parole lente, langue blanchâtre, pas de constipation, pas de paralysie, mais faiblesse dans les avant-bras, surtout à gauche et incertitude dans les mouvements d'extension des doigts. Père de deux enfants bien portants.

Présente au niveau et en arrière de la branche montante du maxillaire gauche un gonflement peu appréciable, puisque cet ouvrier ne s'en est pas aperçu, mais les deux côtés comparés diffèrent à l'inspection; on saisit la glande en-dessous du lobule de l'oreille; à la palpation, toute la partie comprise entre le tragus et le masseter est dure, lobulée, indolore. Peau saine, rasée.

Pas de changement dans la salivation, dents sales, jaunâtres; gencives enflammées légèrement au niveau de la sertissure dentaire, anémiées et blanchâtres. n'a jamais eu d'odontalgie ni de gingivite.

Ne fume pas; chique un peu (trois sous par semaine). Se met souvent au régime lacté, bon appétit.

OBSERVATION IV

Personnelle

Janvier 1888. — Avoine, Alexandre, trente-deux ans, travaille à la chaudronnerie (atelier de chaudières à vapeur, arsenal de Cherbourg) depuis dix ans.

A souvent des coliques, bon appétit, pas de constipation, rien du côté de la salivation, fume la cigarette.

A vu survenir de temps en temps, sans pouvoir dire si c'est après avoir manié plus longtemps les sels de plomb, du gonflement en arrière du maxillaire gauche, au niveau et en-dessous du lobule de l'oreille, avec douleurs par la pression et la mastication.

A souvent mal aux dents sans fluxion, n'a jamais rien eu aux oreilles, haleine fétide, liseré.

Le côté gauche de la face semble plus gros que le droit; on sent très bien la glande dans le sillon maxillo-auriculaire à droite et au niveau de l'angle maxillaire; en cet endroit on peut la saisir; à gauche, en avant du bord antérieur de la branche montante du maxillaire inférieur, on sent comme une boule de la grosseur d'une noisette rouler sous les doigts; actuellement aucune douleur à ce niveau.

La mesure prise de l'espace interdentaire des deux premières incisives supérieures montre que le côté droit est plus grand (7 mm.) que le côté gauche, la parotide étant plus développée en arrière.

OBSERVATION V

Personnelle

Janvier 1888. — Dufour, Louis, trente et un ans, ouvrier

à la chaudronnerie (atelier des chaudières à vapeur, arsenal de Cherbourg), depuis cinq ans.

Garçon fort, de haute stature, bien constitué, quoique anémié avec teint spécial.

A fait deux séjours à l'hôpital maritime pour coliques de plomb, le dernier du 17 au 25 juin 1887.

La feuille de clinique dit qu'il était malade depuis le 13 juin, liseré bien marqué, aucune paralysie, mais il y avait anurie.

A eu quelques douleurs dans les testicules et dans les membres inférieurs.

Actuellement ses mains semblent revêtues d'un gant rouge jusqu'à mi-bras, tellement elles sont enduites de peinture au minium ; le dessous des ongles est complètement imprégné, et cet ouvrier assure qu'il ne peut jamais se débarrasser de ce minium, même après plusieurs lavages.

Gencives blanches, dents sales, pas de liseré. Les deux joues sont pleines, néanmoins on voit à gauche, entre le lobule de l'oreille et l'angle du maxillaire, une continuation de la joue qui fait que la dépression entre le maxillaire et le sterno-mastoïdien n'existe plus. Au palper, on sent bien la glande ; indolore au touché.

Cet homme ne s'est jamais aperçu de cette asymétrie ; il prétend saliver beaucoup plus depuis quelques mois d'une façon non continue : il en ignore la cause. N'a jamais eu de gingivite aiguë, ni aucune affection de la bouche.

Fume la pipe et chique.

Marié, un enfant bien portant.

OBSERVATION VI

Personnelle

Janvier 1888. — Fouquet, Pierre, vingt-neuf ans, jointil-leur aux ateliers des chaudières à vapeur depuis quatre ans.

A eu des coliques depuis deux ans. A ressenti depuis un an des douleurs au niveau des épaules, du coude et dans les jambes ; son bras droit (avec lequel il manie le marteau) a perdu peu à peu de sa force et il est entré à l'hôpital maritime de Cherbourg le 29 août 1887.

La feuille de clinique note: a eu déjà deux atteintes de saturnisme, liseré très marqué, douleurs dans les articulations scapulo-humérales et les bras, tremblement des membres supérieurs et commencement de paralysie des extenseurs, plus marquée à droite.

Exit le 4 décembre, incomplètement guéri (traitement: limonade citrique, iodure de potassium, bains sulfureux), paralysie persistante de l'extenseur commun droit.

Actuellement: anémie, paralysie avec atrophie des extenseurs du bras droit: peut à peine serrer avec la main, tremblement général, liseré léger, gencives en mauvais état quoique n'ayant jamais eu de gingivite; rien dans la salivation.

Fume un peu la pipe, chique rarement.

Au premier aspect et vu de face, il semble que les deux joues soient gonflées, la droite surtout, au milieu, tandis que la joue gauche se prolonge un peu plus en arrière.

A la palpation, on sent la glande, à droite, déborder les bords antérieurs du masseter vers son milieu, en avant comme en arrière; à gauche, rien en avant, mais en arrière et jusqu'à l'angle du maxillaire inférieur, on peut pincer la parotide, sentir ses lobules; de même devant l'oreille gauche on sent un tissu dur, glanduleux et indolore.

Les mesures horizontales donnent une différence d'un demi-centimètre en faveur du côté gauche.

OBSERVATION VII

Personnelle

Janvier 1888. — Antoine, Eugène, trente-deux ans.

Travaille à la chaudronnerie (atelier des chaudières à vapeur, arsenal de Cherbourg) depuis deux ans; antérieurement charpentier.

Très anémié (mouches volantes, vertiges après les repas, ne peut plus fumer à cause des éblouissements que lui donne le tabac, bourdonnement d'oreilles de temps en temps, dyspepsie, etc), a souvent des coliques, se met de temps en temps au traitement ioduré; gingivites fréquentes (carg.

chlorate de potasse) ; pas de tremblements, quelques douleurs dans les membres, courbatures fréquentes.

Liseré léger, gencives déchiquetées.

Dit qu'il voit par moments, et sans cause appréciable, sa salive augmenter.

A droite, on constate une légère augmentation de la parotide, en arrière. On ne peut pas saisir la glande, mais par le toucher on perçoit les glandules, surtout devant l'oreille. Rien à gauche. Des deux côtés, au niveau du creux des joues, sur le bord antérieur du masseter, on fait rouler sous les doigts une petite masse arrondie dure, indolore.

La mensuration comparative des deux côtés donne les mêmes résultats.

OBSERVATION VIII

Personnelle

Janvier 1888. — Laurent, Jean, trente-sept ans, travaille à la chaudronnerie (atelier des chaudières à vapeur, arsenal de Cherbourg), manie le minium en mastic depuis vingt ans.

A eu des coliques et de légères gingivites. Pas de constipation habituelle.

Dit qu'il est obligé de boire beaucoup en mangeant, faute de salive. — Ne fait usage du tabac sous aucune forme.

Actuellement anémie légère, liseré bien marqué, haleine fétide.

Présente à gauche un développement léger de la parotide, qui déborde en arrière du maxillaire inférieur. On peut saisir la glande entre les doigts ; elle est indolore.

A la mesure pas de différence entre les deux côtés de la face.

OBSERVATION IX

Personnelle

Janvier 1888. — Guerrand, Louis, 29 ans, travaille à la chaudronnerie (atelier des chaudières à vapeur, arsenal de

Cherbourg) depuis l'âge de dix-sept ans, a fait son service dans la flotte comme ouvrier mécanicien pendant cinq ans.

A eu, depuis sept ans, des coliques; faiblesse dans les membres; séjour à l'hôpital maritime du 26 août au 12 septembre 1887 pour dyspepsie et arthralgie dans les membres inférieurs. La feuille de clinique porte: intoxication saturnine, sorti guéri après traitement ioduré.

Actuellement lésé léger, surtout au niveau des incisives supérieures, anémie légère.

Fume la cigarette, ne chique pas.

Présente de chaque côté et en arrière du maxillaire inférieur un léger gonflement, peu apparent. On peut saisir quelques glandules au niveau du lobule de l'oreille.

N'a jamais eu ni gingivite ni douleurs au niveau de la parotide. Rien dans la salivation.

OBSERVATION X

Personnelle

Quertflieg, Joseph, vingt-six ans, peintre en bâtiments depuis six ans, antérieurement cordonnier, entre à l'hôpital civil le 7 mai 1888, salle 10, lit 7, dans le service de M. le professeur Spillmann.

A eu la fièvre typhoïde en 1881; malade chez lui depuis quatre jours, souffre pour la première fois de coliques violentes avec constipation opiniâtre.

Pas de syphilis, n'a eu ni gingivite ni odontalgie, pas de fluxion dentaire; il a constamment, dit-il, un goût sucré dans la bouche. N'a jamais vu la sécrétion de la salive augmenter, sinon durant ses coliques.

Fume la cigarette depuis trois ans, chique sans cracher. Après le ponçage d'une porte peinte à la céruse, des coliques accompagnées de pytalisme sont survenues chez lui. Rien du côté des yeux ni des oreilles. Pas de paralysie, plaque d'anesthésie au niveau du nerf fémoro-cutané droit, faiblesse dans les membres. Les coliques ont cessé, mais il y a eu encore des douleurs au niveau du cordon testiculaire. Dysurie. Constipation depuis 5 jours. Anorexie, langue

blanche et aplatie, liseré bien marqué, gencives déchiquetées. T. : 37°4. P. : 70.

A l'inspection, le côté gauche de la face semble plus gros en arrière et en bas que le côté droit. Le malade ne s'est jamais aperçu de ce gonflement.

Canal de Stenon libre, pas de douleurs spontanées ni provoquées, un petit ganglion se trouvant à l'angle du maxillaire, roulant sous le doigt est douloureux à la pression.

A gauche, la palpation permet de limiter la glande gonflée, pas très dure, élevant le lobule de l'oreille et comprise derrière la branche montante du maxillaire supérieur la débordant en arrière et descendant vers le sterno-mastoïdien. On peut saisir la glande en dessous de l'oreille entre le pouce et trois doigts (noix). Plus en avant, en pressant un peu, on sent les lobules compris entre la peau saine et le muscle massefer.

Rien à droite.

La mesure comparative donne une différence de un cent. neuf mill. en faveur du côté gauche.

12 mai. — Injection hypodermique à huit heures et demie de deux centigrammes de pilocarpine dans l'avant-bras. Au bout de cinq minutes, sueurs profuses, salivation. On recueille deux cents grammes environ de salive trouble.

La parotide gauche semble, après cette salivation, avoir diminué de volume, surtout en dessous de l'oreille ; on dirait qu'elle s'est rétractée et on ne peut plus la saisir qu'au niveau de la branche montante du maxillaire entre le pouce et deux doigts (noisette). — Le lendemain elle est revenue à son volume primitif.

22 mai. — La salive, analysée au laboratoire par M. Thorion, chef des travaux chimiques, a une densité de 1,006, renferme du sulfocyanure de potassium, mais pas de plomb. (Procédé de recherche : l'électrolyse.)

OBSERVATION XI

Inédite, communiquée par M. P. PARISOT

Le nommé Thouvenin, Alphonse, peintre, âgé de quarante-neuf ans, entre à l'hôpital civil le 12 juillet 1886, salle 12,

lit 3, dans le service de M. le professeur V. Parisot, pour des contusions à la poitrine à la suite d'une chute. Il se plaint également de toux et l'on trouve des signes d'emphysème et d'une bronchite datant d'environ six ans.

A son entrée, le malade présente un gonflement notable des parotides qui attirent tout de suite notre attention.

A été salle Saint-Sébastien en 1881 et 1882 environ (service de M. V. Parisot) pour coliques de plomb.

A sa dernière sortie, un ouvrier lui aurait fait remarquer qu'il avait de grosses joues, était-ce déjà le gonflement parotidien ?

Jamais aucune douleur dans les régions parotidiennes aucun sentiment de tension.

A la palpation, pas de douleur.

Le gonflement semble, à la vue, égal des deux côtés.

A droite, on trouve, derrière la branche montante du maxillaire inférieur, une tuméfaction allongée présentant une série de grains juxtaposés que le malade perçoit lui-même (acini).

Le prolongement sus-massetérien est également fortement hypertrophié. En saisissant cette masse entre les doigts, on délimite une grosseur du volume d'un œuf de pigeon.

Au côté gauche, la tuméfaction est analogue, mais paraît être surtout allongée dans la hauteur.

Liseré saturnin, pas de plaque de tatouage, salivation assez abondante ordinairement. A travaillé avant d'être peintre à la tannerie, puis a commencé la peinture de 1873 à 1880 ; est resté, de 1881 à 1882, six mois dans une fabrique de chapeaux de paille, puis a repris la peinture.

Coliques intermittentes en 1873, très fortes en 1881 et en 1882.

Depuis cette époque, quelques crampes, pas de paralysie.

N'a plus fumé ni chiqué depuis 1881, mais cependant salivait encore assez abondamment, moins qu'en chiquant, il est vrai.

17 juillet. — A 9 heures et demie du matin, prend une infusion de Jaborandi (4 gr. de feuilles pour 200 d'eau), salive abondamment et sueurs pendant trois quarts d'heure : T. : 37°2. P. : 72.

Résultats à son entrée de l'analyse faite sous la direction de M. le professeur Garnier (21 juillet 1886.)

Salive : Présence très nette de plomb.

Urine : Traces nettes.

Sueur : 0.

La chemise a été traitée par l'eau bouillante pour en extraire les produits d'imprégnation.

La recherche du plomb a été effectuée par l'électrolyse et la caractérisation du métal par l'iodure de potassium après transformation en chlorure de plomb.

Remarque :

J'ai revu cet homme; entré dans le service de M. le professeur Spillmann au mois de mai 1888 pour emphysème. La parotide gauche était restée stationnaire, mais la parotide droite avait grossi et offrait un volume supérieur à celui de la parotide gauche.

Il n'avait pas eu d'autres accidents saturnins depuis sa dernière sortie de l'hôpital. Teint cachectique. Ne se plaint en rien de l'affection parodienne dont il se sait atteint; sa salivation ne lui semble plus exagérée.

OBSERVATION XII

Résumé de l'obs. I de M. P. PARISOT.

Le nommé L., Charles, âgé de quarante-neuf ans, entre à l'hôpital civil le 20 août 1884, service de M. le professeur P. Parisot, suppléé par M. le professeur agrégé Schmitt.

Peintre depuis l'âge de treize ans, a fait depuis 1879 plusieurs séjours à l'hôpital pour paralysie des muscles extenseurs des doigts et des orteils.

A eu des coliques de plomb à trois reprises différentes, liseré gingival; les gencives saignent facilement depuis dix ans; fumeur.

Etat au 20 novembre 1884: en arrière de la branche mon-

tante gauche du maxillaire inférieur, existe un bourrelet qui déforme le visage et qui est composé d'un tissu résistant, légèrement bosselé constitué par la parotide ; ce bourrelet s'étend depuis un point voisin de l'oreille jusqu'un peu au-dessous de l'angle inférieur de la mâchoire. A droite, déformation moins accentuée, mais la parotide est plus volumineuse qu'à l'état physiologique. Aucune douleur spontanée ou à la pression.

Gencives fongueuses, dents déchaussées, liseré de Burton, sensation de sécheresse de la bouche, paralysie et atrophie des muscles extenseurs des mains et des doigts, amaigrissement, teint pâle.

Examiné le 11 mai 1885, après avoir suivi un traitement ioduré à trois grammes et électrique, les parotides semblent moins volumineuses, celles de gauche toujours plus tuméfiées, les paralysies moins prononcées.

L'analyse chimique, sous la direction du professeur Ritter, n'a pas révélé la présence de plomb dans la salive, mais dans la sueur et les urines.

OBSERVATION XIII

Résumé de l'obs. II de M. P. PARISOT.

Thib., Charles, trente-trois ans, entre à l'hôpital civil le 13 octobre 1884, pour coliques de plomb, dans le service de M. le professeur V. Parisot, suppléé par M. le professeur agrégé Schmitt.

Peintre en bâtiments depuis l'âge de quinze ans, a eu des coliques à dix reprises différentes.

Etat au 18 octobre 1884 : amaigrissement général ; tuméfaction au niveau de la branche montante gauche du maxillaire inférieur ; la parotide, reconnue par la palpation, descend jusqu'à un centimètre environ au dessous de l'angle du maxillaire inférieur. Certaine sensibilité à l'exploration ; à droite, gonflement insensible ; pas de douleurs.

Le malade ne s'est pas aperçu de cette difformité ; pas d'exagération de la sécrétion salivaire ; liseré, pas d'ulcération dans la bouche ; fumeur de cigarettes.

OBSERVATION XIV

Résumé de l'obs. III de M. P. PARISOT.

Lœw, Bernard, vingt-quatre ans, peintre en bâtiments : examiné en novembre 1884 ; tuméfaction au niveau de la face externe et moyenne du masseter gauche ; on reconnaît, par la palpation, à travers la peau et l'aponévrose, un tissu renitent et vaguement lobulé (parotide) et plus généralement au bord antérieur de cette glande qui empiète normalement sur la face externe du masseter. A droite, tuméfaction moins apparente au niveau du bord postérieur de la branche montante du maxillaire inférieur. Pas de douleurs à la pression. Le malade s'est aperçu en 1880 de la déformation de son visage, n'a jamais eu de douleur à ce niveau ; manie les sels de plomb depuis sept ans sans avoir jamais eu aucun autre accident ; pas de liseré, gencives saines ; dit cracher souvent et assez abondamment ; fumeur de cigarettes.

OBSERVATION XV

Résumé de l'obs. IV de M. P. PARISOT

Chanp..., vingt-sept ans, examiné en décembre 1884, peintre en bâtiments depuis l'âge de quatorze ans, a eu des coliques de plomb à quatre reprises différentes ; liseré de Burton.

La palpation permet de reconnaître que les parotides droite et gauche sont augmentées de volume, plus manifestement à droite. Pas de douleurs, ni spontanées, ni à la pression.

OBSERVATION XVI

RÉSUMÉE

Empruntée à M. le Dr J. COMBY

R..., âgé de quarante-cinq ans, manie les sels de plomb depuis vingt-cinq ans, a été atteint de coliques de plomb à dix reprises.

Albuminurie il y a deux mois, coliques il y a quatre

jours, avec constipation et vomissements. Actuellement pâleur, faiblesse, liseré très net, crampes dans les jambes et dans les mains, avec perte de force; arthralgie au niveau des genoux; douleurs rénales et le long du cordon testiculaire; testicule gauche atrophié et douloureux à la pression; perte de l'appétit génital.

Ce qui frappe, c'est l'aspect de sa physionomie; il semble qu'il ait les oreillons et ses deux glandes parotides, considérablement hypertrophiées, débordent sur l'angle des maxillaires et sur les régions voisines. On palpe très facilement les glandes, et on peut s'assurer de leur consistance et de leurs rapports. L'exploration est très facile et sans douleurs pour le malade. Il sait que ces grosseurs n'ont pas toujours existé, qu'elles sont relativement récentes, mais il n'en a jamais été incommodé et ne s'est jamais intéressé suffisamment à leur développement pour nous donner des renseignements précis à ce sujet.

OBSERVATIONS XVII et XVIII

Reproduites textuellement d'après M. J. COMBY

Chez deux saturnins, les glandes parotides formaient symétriquement, en arrière et au dessous de l'angle des mâchoires, deux saillies molles, indolentes et mobiles sur les parties voisines. A la palpation, on reconnaissait très bien, au-dessous de la peau, les lobes glandulaires avec leur conformation arrondie et leur consistance supérieure à celle du tissu cellulaire environnant.

Quand on interrogeait les malades sur le début et la marche de ces tumeurs, qui déformaient leur visage d'une façon aussi notable, on n'obtenait aucun renseignement précis.

CONCLUSIONS

- 1) Chez les saturnins on rencontre parfois une lésion chronique de la glande parotide.
- 2) Cette lésion dépend de la présence du plomb dans l'organisme et de son élimination par la salive.
- 3) Elle est caractérisée par une inflammation chronique du tissu interstitiel de la glande ; c'est une parotidite chronique interstitielle.
- 4) En général elle entraîne peu de troubles fonctionnels et n'engendre habituellement qu'une difformité plus ou moins prononcée du visage.
- 5) Il n'y a pas de traitement spécial ; celui du saturnisme chronique lui est applicable.

VU LE 4 JUILLET 1888
Le président de la thèse,
BERNHEIM.

Vu et permis d'imprimer :
NANCY LE 5 JUILLET 1888,
Le Recteur,
E. MOURIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

I. B. SIEBOLD. — *Historia systematis salivalis physiologica et pathologica*, 1797.

TANQUEREL DES PLANCHES. — *Traité des maladies de plomb ou saturnines*, 1839.

WHITE. — Minutes of the proceedings of the Buffalo medical association (*Buffalo med. journ.*, vol. X, 1854-1855).

BAUCHET. — Hypertrophie de la parotide (*Mém. de la soc. de chir. de Paris*, t. V, 1856).

DELIOUX DE SAVIGNAC. — Des accidents consécutifs à l'application des sels de plomb sur la muqueuse buccale (*Bull. de therap.*, t. LIII, 1857).

CL. BERNARD. — Mémoire sur les diverses salives (*Mém. de la Soc. de biol.*, T. IV).

LEBERT. — *Traité d'anat. pathol. générale*. — Paris, 1857, T. I.

VIDAL DE CASSIS. — *Pathologie externe*, 1861.

V. T. FELTZ. — *Des diathèses et des cachexies*. — Th. de concours de Strasbourg, 1865.

GERMAIN SÉE. — *Traité du sang et des anémies*, Paris, 1867.

Journ. The Lancet, an. 1869 et 1876.

HEUBEL. — *Pathogenese und sympt. der chron. Bleivergiftung*. — Berlin 1871.

KUSSMAUL et MAIER. — *Deuts. Archiv klin. Med.*, 1872.

MAYENÇON et BERGERET. — Recherches qualificatives des métaux dans les tissus : recherche du plomb (*Journ. de l'Anat. et Physiol.*, 1873). — Recherche du plomb dans les excréments (*Lyon médical*, 1873).

JEAN. — *Des tumeurs de la région parotidienne*. — Th. de Paris, 1873.

BRANLAT. — *Histoire des tumeurs parotidiennes*. — Th. de Paris, 1874.

A. ROBIN. — Etudes physiologiques et thérapeutiques sur le Jaborandi (*Journ. de therap. de Jubler*, t. I, 1874 ; t. II, 1875.)

FRANC. — *De la cachexie saturnine*. — Th. de Montpellier, 1874.

J. RENAUT. — *De l'intoxication saturnine chronique*. — Th. d'agrégation, Paris, 1875.

VULPIAN. — *Leçons sur la salive* (Journ. l'Ecole de méd., 1875).

JACOB. — *Les oreillons au point de vue épidémiologique et clinique* (Mém. de méd. chir. et pharm. milit., 3^e série, t. XXXI, 1875).

ISZENARD. — *Etude sur les parotidites*. — Th. de Paris, 1876.

PLANTEAU. — *Contribution à l'étude des tumeurs de la parotide*. — Th. de Paris, 1876.

MALASSEZ. — *Recherches sur l'anémie saturnine* (Soc. biol., T.V.).

BARDENHERRER. — *Berlin. Klin. Wochenschr.*, 1877.

J. RENAUT. — *Remarques anat. et clin. sur deux points particuliers de l'intoxication saturnine chronique* (Gaz. méd. de Paris, 1878).

O. WEBER. — *Journ. de Pitha et Billroth*, 1878, t. III.

HALLOPEAU. — *Du mercure*. — Th. d'agrégation, Paris, 1878.

FOLLIN et DUPLAY. — *Pathologie externe*, t. V, 1878.

WHITE. — *Note in the Medical Story*, vol. I. — (The med. and surg. history of the war of the Rebellion, 1879).

VILLEMIN. — *Art. glandes salivaires* (Dict. encyclop. des sciences méd., 1878).

POUCHET. — *Acad. des sciences*, 1879, t. II.

P. SPILLMANN. — *Arch. gén. de méd.*, 1879, t. II.

MANOUVRIEZ (de Valenciennes). — *Art. plomb* (Nouv. dict. de méd. et de chir. prat., t. XXVIII, 1880).

GAUCHER. — *Revue de médecine*, 1881.

J. COMBY. — *Note sur une hypertrophie simple des glandes parotides chez plusieurs saturnins* (France médicale, 1882).

M. LETULLE. — *Art. salivation* (Nouv. dict. de méd. et de chir. prat., 1882).

S. FENWICK. — *On the variations in the account of sulfocyanide of potassium* (Med. chir. Transactions, London, LXV, 1882).

WYSS (de Zurich). — *Virchow's archiv.*, XCII, 1883.

ELLENBERGER et HOFMEISTER. — *Zur physiologischen Wirkung und Deposition der Bleisalze bei Wiederkauern* (hgr. Sachsen, S. 2, 1883).

A. GAUTIER. — *Le cuivre et le plomb dans l'alimentation et l'industrie*, Paris, 1883.

P. MICHAUX. — *Contribution à l'étude du carcinome de la parotide*. — Th. de Paris, 1883.

FENWICK. — *Ueber die quantitative Veränderungen des Schwefelcyankalium im Speichel bei verschiedenen Krankheiten* (Schmidt's Jahrbücher, Leipzig, 1883).

P. BINET. — *Etude sur la sueur et la salive dans leur rapport avec l'élimination*. — Th. de Paris, 1884.

DUMOULIN. — *Bull. Acad. royal de méd. de Belgique*, 3. S, XVIII, 1884.

A. DÜHRSEN. — *Ueber chronische Parotidis mit consecutiver Speichelgeschwulst* (Inaugural Dissertation, Berlin, 1884).

P. SPILLMANN. — Art. Parotidite (*Dict. encyclop. des sciences méd.*, 1885).

ELLENBERGER et HOFMEISTER. — *Jahresbericht Virchow's und Hirsch*, t. I, 1885.

P. PARISOT. — Contribution à l'étude de la parotidite chronique saturnine (*Revue méd. de l'Est*, 1885).

H. CHRÉTIEN. — Art. parotide (*Dict. encyclop. des sciences méd.*, 1885).

SCHMIDT. — Aachen ueber Vergiftung der Pferde durch Blei (*Berlin Arch.*, t. I, 1885).

FAVREL. — Orchite saturnine (*Journ. de méd. et chirurg. pratiq.*, 1886).

DUJARDIN-BEAUMETZ. — Art. Jaborandi (*Dict. de therap.*, 1887).
— Art. plomb. (*Dict. de therap.*, 17^e fascicule, 1888).

